

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1926

THÈSE

370
No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Etienne LEMONNIER

Né le 17 mai 1896, à Paris
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

DIAGNOSTIC CLINIQUE

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

LA THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

DES

GOITRES INTRATHORACIQUES
BÉNINS

Travail du Service du Professeur LECÈNE
(Hôpital St-Louis)

Président : M. LECÈNE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1926

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1926

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Etienne LEMONNIER

Né le 17 mai 1896, à Paris
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

DIAGNOSTIC CLINIQUE
DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

LA THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE
DES

GOITRES INTRATHORACIQUES
BÉNINS

Travail du Service du Professeur LECÈNE
(Hôpital St-Louis)

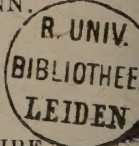
Président : M. LECÈNE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1926

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale	BAÏTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale.	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
Clinique urologique	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chair.	ROUVIÈRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.
 BINET . . . Physiologie.
 BLANCHETIÈRE . . . Chimie biologique.
 BRANCA . . . Histologie.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 N. Pharmacologie et matière médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY . . . Histologie.
 CHIRAY . . . } Pathologie médicale.
 CLERC . . . }
 DEBRÉ . . . Hygiène.
 I. de JONG . . . Anatomie pathologique.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER . . . } Pathologie médicale.
 FOIX . . . }
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER . . . Urologie.

MM

HOVELACQUE . . . Anatomie.
 JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ(Henri). . . Chimie biologique.
 LARDENNOIS . . . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER . . . Obstétrique.
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie
 N. Pathologie médicale.
 LEVY-SOLAL . . . Obstétrique.
 LHERMITTE . . . Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MOCQUOT . . . }
 MONDOR . . . } Pathologie chirurgicale
 MOURE . . . }
 MULON Histologie.
 PHILIBERT . . . Bactériologie.
 RIBIERRE . . . Pathologie médicale.
 RICHTER Fils . . . Physiologie.
 TANON Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VILLARET . . . Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT . . . Pathologie médicale.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.

MM.

RETTERRER . . . Histologie.

— IV. AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY . . .	} Clinique chirurgicale.	LÉRÉ	} Clinique médicale.
CHEVASSU . .		LÉPER	
LAIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LRREBOULLET	Clinique médicale infan- tile.	N...	Clinique médicale.
		SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui s ront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni impro-
bation.*

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL LECÈNE

Professeur de Pathologie externe
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

*En hommage de reconnaissance et de
respectueux attachement.*

A M. LE DOCTEUR ROBINEAU

Chirurgien de l'Hôpital Necker

*En témoignage de ma respectueuse
affection.*

A M. LE DOCTEUR EDOUARD MICHON

Chirurgien de l'Hôpital Beaujon

*Avec toute ma gratitude pour la par-
ticulière bienveillance qu'il m'a
témoignée.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

1919-20. — M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEGRY, Médecin
honoraire des hôpitaux.

— M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAUCLAIRE,
Chirurgien honoraire des hôpitaux.

Externat

1920-21. — M. LE PROFESSEUR LECÈNE.

1921-22. — M. LE DOCTEUR COURCOUX.

Internat

1922-23. — M. LE DOCTEUR RICHE.

1923-24. — M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MATHIEU.

— M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOCQUOT.

1924-25. — M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GRÉGOIRE.

1925-26. — M. LE PROFESSEUR LECÈNE.

— M. LE DOCTEUR ROBINEAU.

MM. MONDOR, OKINCZYK, professeurs agrégés.

MM. DESPLAS, DE GAUDART D'ALLAINES, MARTIN,
MOULONGUET, chirurgiens des hôpitaux.

MM. LES DOCTEURS AUROUSSEAU, LE BASSER, J.-C.
BLOCH, FEY, DE GENNES, PIERRE HUET, LOUIS MI-
CHON.

A MON MAITRE DE L'ÉCOLE PRATIQUE

M. LE PROFESSEUR ROUVIÈRE

AVANT-PROPOS

A la Mémoire de mon grand-père,
Le Docteur VICTOR LEMONNIER (1814-1893).

Ce travail, entrepris à l'instigation de notre maître, le Professeur Lecène — que nous remercions très vivement de ses conseils — a été pour nous l'occasion d'un témoignage de haute courtoisie scientifique de la part de M. le Professeur T. de Verebély, de Budapest (1^{re} clinique chirurgicale) qui a bien voulu nous confier 12 observations inédites de son service. Nous y avons été très sensible et nul doute que chacun ne donnera à ce geste une haute signification.

Nous tenons à exprimer notre gratitude à notre ami R. Valkányi qui fut l'année dernière assistant à la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière et qui nous a apporté pour ce travail le plus précieux concours.

Que M. le Docteur Gally, chef du service de Radiothérapie de l'hôpital Necker, qui a mis à notre disposition de nombreux documents radiologiques et nous les a commentés, veuille trouver ici nos bien sincères remerciements.

INTRODUCTION

Nous étudierons ici le problème clinique, radiologique et thérapeutique posé par l'existence à la partie supérieure du médiastin antérieur d'une tumeur thyroïdienne bénigne. Laissant de côté systématiquement toutes les discussions pathogéniques auxquelles s'attachent les travaux classiques de Wœlfler, Wuhrmann que les thèses de Cadet (1905), de Patoureau (1912) rappellent et complètent, nous nous bornerons à retenir les faits suivants très schématiques :

1) Il s'agit tantôt de goitres *cervicaux* dont la partie inférieure est engagée sur une plus ou moins grande hauteur dans le défilé médiastinal, tantôt de goitres apparaissant cliniquement comme *situés tout entiers dans le médiastin* — que cette situation soit primitive ou secondaire.

2) La présence de la tumeur dans le médiastin est tantôt *permanente*, tantôt *intermittente*.

Une certaine confusion ne cesse de régner dans la nomenclature de ces différents types de goitres. Les termes de goitre plongeant, goitre rétro-sternal, goitre intra-thoracique, goitre médiastinal sont employés par

beaucoup d'auteurs comme de simples synonymes. Par contre, d'autres se servent de ces termes en donnant à chacun d'eux une acception légèrement différente.

Pour Wœffler, Wuhrmann, les mots goitre rétro-sternal et goitre infra-thoracique ne désignent pas des cas identiques. Il s'agit d'une question de degré : le terme de goitre intra-thoracique ne devant être appliqué que si la plus grande partie de la tumeur se trouve au-dessous de l'orifice supérieur du thorax.

Ces deux termes qualifient les goitres qui effectuent leur migration dans le plan médian. Au contraire, goitre rétro-claviculaire et goitre supra-pleural représenteraient les deux étapes du goitre lorsqu'il descend en situation latérale (Verebély).

Il est difficile de critiquer cette nomenclature, puisqu'elle est justifiée par des rapports anatomiques. Cependant, comme toutes les formes de transition sont possibles et que ces catégories multiples ne répondent pas à des types cliniques nettement différenciés, nous proposons :

1) De réserver le nom de *goitre plongeant* au *goitre cervical mobile* qui s'engage à certains moments dans l'orifice supérieur du thorax : l'idée d'intermittence qui caractérise ce goitre étant bien traduite par ce qualificatif. C'est, sous une autre image, le goitre voyageur de Wœffler.

2) De caractériser le *goitre entièrement renfermé dans le thorax* par le terme de *goitre médiastinal* (1).

(1) Il s'agit presque toujours d'un goitre permanent. Les cas de goitre médiastinal mobile rapportés par Krecke, Molnar sont exceptionnels.

3) De remplacer les termes trop nuancés, mais qui seraient légitimes, de *goitre cervico-rétrosternal* et de *goitre cervico-thoracique* par le terme plus générique, plus facile à employer, de *goitre intra-thoracique*.

Cette imprécision dans la terminologie apporte une difficulté réelle lorsqu'il s'agit d'évaluer la fréquence de ces tumeurs thyroïdiennes.

Les statistiques donnent des résultats assez discordants. Il faut faire évidemment la part de ce qui revient au type régional du goitre, mais, dans ce domaine, l'appréciation du chirurgien est trop subjective pour ne pas laisser place à une certaine marge.

Il ne faut donc pas attacher une valeur absolue aux chiffres suivants empruntés à des statistiques récentes et qui varient dans de très larges proportions.

C'est ainsi que Hünemann, relevant les 1473 thyroïdectomies pratiquées de 1912 à 1920 dans le service de Czermak à Insbruck arrive au total extrêmement élevé de 487 goitres intra-thoraciques (33 %). Par contre, Berry (Londres) ne trouve que 22 goitres intra-thoraciques sur 500 thyroïdectomies faites de 1913 à 1919 (4,4 %).

La proportion de 12 goitres intra-thoraciques sur 98 thyroïdectomies (1924) de la 1^{re} clinique chirurgicale de Budapest (Verebély) — un peu plus de 12 % — arrive presque au même chiffre que le relevé de la clinique Mayo où, sur le total vraiment impressionnant de 4006 thyroïdectomies, pratiquées en 3 ans et demi, Pemberton note 542 goitres intra thoraciques (13.5 %) et 25 goitres purement médiastinaux (0. 6 %).



Nous étudierons successivement :

I. — *Le diagnostic clinique.*

II. — *Le diagnostic radiologique.*

III. — *La thérapeutique chirurgicale des goîtres intra-thoraciques bénins.*

I. — DIAGNOSTIC CLINIQUE

Loin de se manifester toujours par un syndrome médiastinal très riche et qui forcerait le diagnostic, le goitre intra-thoracique tire au point de vue clinique tout son intérêt de ce fait que, pendant des années, il peut ne se traduire que par des signes d'une extrême discrétion et d'une apparence assez banale. Si le médecin ne pense pas à l'hypothèse d'une tumeur intra-thoracique, il risque d'épuiser toutes les ressources d'une thérapeutique symptomatique qui s'avère parfaitement inopérante et le malade ne bénéficie que trop tardivement d'une intervention d'autant plus bénigne qu'elle est plus précoce, en même temps qu'augmente pour lui le danger non douteux d'accidents plus sérieux.

Il est particulièrement instructif de souligner que sur les 10 observations qui nous ont été communiquées par M. Lecène, il s'agissait 4 fois (obs. II, III, VIII, IX) de malades considérés depuis longtemps comme tuberculeux. Les troubles respiratoires revêtaient jusqu'à un certain point l'allure d'une bacillose, mais ni l'examen des crachats ni l'examen stéthoscopique des poumons n'en avaient fait la preuve. Il a fallu que ces malades se

présentent fortuitement à un dispensaire antituberculeux pour que la cause réelle de leurs troubles fut mise en évidence.

Beaucoup de chirurgiens rapportent des faits du même ordre. Un malade de Jehn était soigné depuis dix ans pour emphysème et, quand son goitre fut découvert, se préparait sur les conseils de son médecin à aller faire une cure d'altitude.

Un malade de Berry subit un traitement de trois mois dans une maison de santé où sa dyspnée, accompagnée de tachycardie, résista aux soins les plus vigilants. On passa ensuite bien près du but en lui conseillant l'ablation d'un petit nodule goitreux situé dans le lobe thyroïdien droit. On s'aperçut, après cette intervention, que les troubles dépendaient d'un goitre intra-thoracique jusqu'alors méconnu. Lamson opéra d'un goitre intra-thoracique un malade qui souffrait d'« asthme » depuis dix ans et avait épuisé tous les traitements, y compris des opérations itératives dans les fosses nasales.

Il serait fastidieux — et peut-être inélégant — d'allonger la liste de ces erreurs de diagnostic.

Il est cependant possible de dépister précocement l'existence d'un goître intra-thoracique, si l'on réussit à établir un rapport entre certains troubles fonctionnels, fort banaux pris isolément, mais que leur groupement rend suspects, et certains signes physiques — quelquefois très discrets — qu'un examen soigneux met en évidence au niveau de la face, du cou et du thorax.

Il nous paraîtrait contraire à la vérité clinique de

tous les jours de faire d'une façon analytique l'exposé successif de tous les troubles fonctionnels qu'une compression médiastinale est capable de provoquer. Il importe bien davantage de hiérarchiser tous ces symptômes et, avant d'en épuiser la longue série, d'exposer comment on est amené à dépister l'existence d'un goitre intra-thoracique encore bien toléré.

Dans la très grande majorité des cas, 3 signes fonctionnels, surtout s'ils sont associés, constituent des signes de présomption très significatifs : La DYSPNÉE, la TOUX, les MODIFICATIONS DE LA VOIX traduisant une compression récurrentielle.

La **dyspnée** présente des caractères spéciaux. A cette période elle est rarement continue. Elle se manifeste quelquefois alors que le malade est au repos : le décubitus horizontal peut être mal supporté ce qui amène trop naturellement à l'hypothèse d'asthme ou de dyspnée cardiaque. Plus souvent, c'est une dyspnée provoquée par l'effort en général. Dans quelque cas, le malade fait la remarque que l'inclinaison de la tête en avant provoque une sensation pénible d'anxiété respiratoire. Ces crises de dyspnée peuvent s'accompagner d'un léger stridor.

Dans les 23 observations rapportées ici il n'y en a que 4 où tout phénomène dyspnéique fasse défaut (obs. II, IV, IX, X).

La **toux** est très fréquemment observée. Elle constituait le symptôme dominant dans les observations II et VI. C'est une toux sèche qui ne s'accompagne d'aucune expectoration. Tantôt elle est incessante (obs. II) ;

tantôt elle survient par crises qui rappellent celles de la coqueluche (obs. VI).

La paralysie ou la parésie d'une corde vocale était certaine ou très probable dans plus de la moitié des cas observés par M. Lecène (obs. I. II. III. V. VIII. IX): Elle se traduit par des modifications de la voix qui devient enrouée, bitonale. Un examen laryngoscopique est indispensable.

Les malades peuvent se plaindre aussi de divers autres troubles. Très fréquemment situés au second plan, ils dominent beaucoup plus rarement le tableau clinique. Ce sont :

— des *palpitations de cœur*. Elles sont signalées dans les observations VI. IX. XIII. XVI. XVII. XVIII. XX. Elles doivent faire rechercher avec soin s'il n'existe pas des signes de maladie de Basedow.

— des *troubles congestifs* très particuliers de la face et du cou, survenant par crises. Signalés dans l'observation III, ce sont eux qui entrèrent en scène d'une manière particulièrement intense et presque dramatique dans l'observation IV : sensation subite d'enflure du cou et de la tête d'hypertension intracrânienne. Dans l'observation VII le malade avait l'impression chaque matin que ses yeux se gonflaient. Ces troubles peuvent aller jusqu'à la perte de connaissance passagère (obs. XII).

— des *phénomènes douloureux*. Le malade de l'observation IV éprouvait une céphalée violente, des douleurs névralgiques au niveau de la nuque, une sensation d'étau à la hauteur des mamelons avec légère irradia-

tion dans le bras gauche. Celui de l'observation IX se plaignait de douleurs siégeant au sommet du poumon gauche et irradiant vers les premiers espaces intercostaux. Chez la malade de l'observation XI — que nous nous rappelons avoir examinée pendant notre externat chez M. Lecène — les phénomènes douloureux étaient au premier plan : névralgies de la nuque et du vertex ; douleurs vives au mouvement des articulations de la tête et du cou. Des douleurs articulaires, mais beaucoup moins marquées sont signalées dans l'observation XII. Un malade de Fowler souffrait d'une douleur à l'épaule gauche.

Ce n'est que très accessoirement que nous notons :

— la dysphagie, mentionnée dans l'observation XII.

— les troubles oculaires relevant de la compression du sympathique : syndrome de Claude Bernard-Horner dans une observation de Barré et Crusen.

L'interrogatoire du malade ayant révélé quelques-uns de ces symptômes fonctionnels, l'examen physique peut venir confirmer très rapidement l'hypothèse d'une compression médiastinale d'origine thyroïdienne.

Dès l'abord on peut être frappé par quelques signes très importants :

— une *cyanose légère* de la peau et des lèvres (obs. IV).

— un certain degré de *bouffissure* des téguments (obs. I).

— mais surtout une CIRCULATION VEINEUSE COLLATÉRALE développée au niveau du cou et de la partie supé-

rieure de la poitrine. A peine ébauchée quelquefois, elle donne dans les cas extrêmes l'aspect classique d'une tête de méduse, formée de veines serpigineuses dont le diamètre peut atteindre celui du pouce. Ce signe traduit d'une manière certaine l'existence d'une tumeur médiastinale comprimant les troncs veineux innominés.

L'examen du cou donne des renseignements d'une importance essentielle. Il faut examiner de très près le corps thyroïde et la région sous-jacente.

Plusieurs hypothèses sont à envisager :

1) On découvre un goitre cervical dont le pôle inférieur, impossible à délimiter, semble disparaître en arrière du sternum ou de la clavicule : le diagnostic est alors évident.

2) Le corps thyroïde apparaît normal, mais le doigt qui déprime la fosse sus-sternale reconnaît une masse qui dépasse à peine le bord supérieur du sternum (obs. V) : c'en est assez cependant pour affirmer la présence d'une tumeur médiastinale : il y aura de fortes présomptions en faveur de sa nature thyroïdienne si elle remonte légèrement pendant la toux et la déglutition. La présence dans un des lobes, par ailleurs de volume à peu près normal, d'un petit noyau goitreux serait également de nature à rendre probable l'existence d'un goitre intra-thoracique. De même, la notion d'une thyroïdectomie pratiquée antérieurement pour goitre donnerait à cette hypothèse un caractère de vraisemblance.

3) Il est cependant des cas (obs. I. IV. VII) où l'explo-

ration la plus attentive, en ayant soin de la pratiquer successivement dans l'extension et dans la flexion de la tête, donné un résultat absolument négatif. Dans ces cas — très rares d'ailleurs, mais les plus intéressants puisqu'ils exposent aux plus graves erreurs de diagnostic — la clinique ne peut fournir davantage et c'est à l'exploration radiologique qu'il faudra demander le dernier mot.

Nous avons cherché dans ce rapide exposé des signes cliniques du goître intra-thoracique à montrer que l'on risque de faire des erreurs de diagnostic inexcusables si l'on méconnaît que ces tumeurs peuvent évoluer sous le masque trompeur de quelques symptômes d'une apparente banalité. Il faut savoir y penser.

Dans les cas très difficiles de goîtres purement médiastinaux, nous recommandons de faire grand cas des signes suivants indiqués par les classiques ;

— *L'abaissement du larynx* ;

— *La fixité du larynx et de la trachée* ;

— *La déviation de la trachée*. Elle fut très nettement constatée dans l'observation IV où elle venait presque au contact de la première côte droite.

*
* *

Il appartient encore à l'exploration clinique de discuter le diagnostic de goître intra-thoracique et d'anévrisme de la crosse de l'aorte. Il sera nécessaire de pratiquer un examen cardio-vasculaire complet du malade, car la paralysie récurrentielle, les troubles respiratoires et

même l'inégalité des pouls radiaux peuvent s'observer dans les deux affections.

S'il n'est généralement pas possible de trouver des arguments cliniques de discrimination en faveur d'un kyste dermoïde ou d'un goitre intra-thoracique — et ce diagnostic différentiel n'a qu'une importance très relative — il est par contre du plus haut intérêt de chercher à réunir des présomptions en faveur du caractère bénin ou malin d'une tumeur intra-thoracique.

En dehors de l'amaigrissement, de la présence d'adénopathies — signes qui se sont révélés quelquefois trompeurs — il faut tenir pour très suspecte l'apparition de douleurs à type continu.

II. — DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

Si l'examen clinique permet jusqu'à un certain point de considérer comme probable l'existence d'un goitre intra-thoracique, si la trachéo-bronchoscopie procure sur l'état de la trachée des renseignements quelquefois utiles, c'est à l'examen radiologique qu'appartient le dernier mot dans le diagnostic du goitre intra-thoracique.

La radiographie aide en effet à résoudre 3 problèmes :

1) Elle apporte la preuve de la présence d'une tumeur médiastinale et permet dans une très large mesure d'assigner à celle-ci une origine-thyroïdienne (diagnostique).

2) Elle fournit des éléments d'appréciation de haute valeur sur la nature, bénigne ou maligne, de goitre (prognostic).

3) Elle précise les connexions anatomiques de la tumeur qui devront régler l'acte opératoire (thérapeutique chirurgicale).

Déjà utilisée vers 1900 dans quelques cas de goitres intra-thoraciques, l'exploration radiologique prit une

importance capitale quand Pfeiffer en 1905 eut montré que l'on pouvait mettre en évidence la trachée sur les radiogrammes et eut souligné l'intérêt de cette recherche.

La lecture des fiches radiologiques dans les observations récentes confirme pleinement les données qu'avait posées Kienbock en 1908 dans une étude basée sur 14 cas ; très peu de détails nouveaux y ont été ajoutés dans la suite.

L'exploration radiologique d'un malade suspect de goitre intra-thoracique doit comporter :

1) Un examen radioscopique dans le plan sagittal. Si l'on découvre une ombre anormale dans le médiastin antérieur, il est nécessaire de noter si la situation de cette ombre se modifie au cours des mouvements respiratoires, pendant la toux et la déglutition.

2) Un examen radioscopique dans les diamètres obliques pour affirmer que la tumeur n'est pas en continuité avec la crosse de l'aorte.

3) Eventuellement, un examen radioscopique de profil pendant la déglutition de bouillie barytée pour préciser les rapports du goitre avec l'œsophage : le goitre intra-thoracique peut être en effet retroviscéral, en totalité ou partiellement.

On se contente ensuite habituellement de faire une radiographie du cou et de la partie supérieure du thorax en position dorso-ventrale (décubitus ventral, plaque sur la table, plaque au-dessus de la colonne vertébrale.)

On pratiquerait enfin avec avantage un examen ortho-

radioscopique pour reconnaître la grandeur vraie du goitre, et pour apprécier, au cours d'examens ultérieurs, si son volume augmente ou s'il reste stationnaire.

Caractères radiologiques du goitre intra-thoracique bénin

La tumeur médiastinale se traduit par une ombre anormale qui occupe l'étage supérieur de la région rétro-sternale et se superpose, en la débordant, à l'ombre relativement étroite et à bords rectilignes des gros vaisseaux et du rachis. Elle est uniformément grise, moins foncée que l'ombre de l'aorte et du cœur. De volume variable (mandarine, poing, tête d'enfant) elle est *ovoïde ou sphérique*, très souvent parfaitement arrondie.

Souvent franchement *médiane*, elle est parfois plus ou moins *déportée latéralement*.

Les contours qui la limitent sur les côtés sont *nets*, comme tracés au compas.

Sa *limite inférieure* est souvent difficile à préciser car elle tend à se fondre dans l'ombre cardio-aortique. Lorsqu'elle affleure seulement la crosse, elle en reste séparée par une *encoche* bien masquée : *pendant la toux elle s'en détache complètement*.

Les goitres très volumineux peuvent masquer largement la crosse et il est possible qu'aucune ébauche de sillon n'apparaisse entre les deux, même pendant la toux. *L'examen en oblique est alors absolument indispensable pour montrer que la tumeur n'est pas en continuité avec l'aorte.*

Au moment de la toux, de la déglutition, on peut observer une ascension de 1 à 2 cm. de l'ombre médiastinale, Hünemann a signalé l'abaissement du cœur et de l'aorte dans de très gros goîtres.

Il est très important de repérer sur la radiographie l'image de la trachée. Celle-ci est toujours visible sur une radio bien faite. Elle apparaît comme une bande claire, souvent déviée latéralement jusqu'à être franchement latéro-vertébrale. Ce signe a une valeur considérable dans le diagnostic du goitre intra-thoracique.

Un effacement segmentaire ou terminal de la lumière trachéale est en faveur d'une sténose par compression latérale.

La radiographie fournit enfin un appoint très utile en faveur de l'existence d'un goitre intra-thoracique lorsqu'elle montre que la tumeur médiastinale est en continuité avec l'ombre d'un goitre cervical : mais il faut noter que l'ombre médiastinale est toujours beaucoup plus nette que l'ombre cervicale, en raison du contraste que font les champs pulmonaires.

En résumé, le diagnostic radiologique du goitre intra-thoracique se fonde essentiellement :

— Sur la topographie de l'ombre tumorale : partie haute du médiastin antérieur, au-dessus de la crosse de l'aorte.

— Sur sa forme arrondie et la netteté de ses contours.

— Sur sa mobilité pendant la toux et la déglutition.

La constatation de ces signes radiologiques de goitre intra-thoracique ne doit pas suffire à décider la mise en œuvre du traitement chirurgical.

Il est indispensable que le chirurgien puisse résoudre préalablement les points suivants :

— Il faut éliminer l'hypothèse d'une tumeur anévrismale.

— Il faut rassembler les éléments qui plaident en faveur de la bénignité ou de la malignité de la tumeur observée.

— enfin, si la tumeur est jugée bénigne, il y a intérêt à préciser s'il s'agit bien d'une tumeur d'origine thyroïdienne.

Pour tous ces problèmes la radiologie ajoutée à l'examen clinique des données du plus haut intérêt.

Goitre intra thoracique ou anévrisme aortique ?

C'est une notion classique d'admettre que l'anévrisme donne à la radio une ombre animée de battements et d'expansion. Par contre, la transmission des battements à une tumeur médiastinale non vasculaire constituerait, bien que le fait ne soit pas très rare, une exception.

Il faut renverser les termes de la proposition. De l'avis des radiologues, 8 sur 10 des anévrismes de la crosse ne présentent aucun battement :

Ceci en raison de l'épaisse coque de médiastinite développée autour du sac anévrisimal. Il serait beaucoup

plus fréquent au contraire d'observer des battements transmis à des tumeurs du médiastin et la constatation de ce fait, loin d'entraîner le diagnostic d'anévrisme, pourrait le rendre *a priori* plus discutable. Holz knecht admet qu'une tumeur pulsatile en tous sens n'est pas forcément un anévrisme; Pflanz a réuni 24 cas de kystes du médiastin recevant de la crosse aortique une impulsion dilatatrice.

On conçoit les difficultés sérieuses qu'entraîne cette notion dans le diagnostic des goitres intra-thoraciques.

Chez le malade de l'observation IV (Grégoire), on envisagea l'hypothèse d'un anévrysme car l'ombre de la tumeur était animée de battements.

Si l'on avait constaté dans ce cas de l'inégalité des pouls radiaux, comme il est rapporté dans un certain nombre d'autres observations, le diagnostic d'anévrisme eut été encore fortifié.

L'exploration radiologique permet dans une très large mesure de résoudre ce problème délicat de diagnostic.

Nous rappellerons tout d'abord l'intérêt capital de l'examen en oblique qui dans beaucoup de cas tranche la question. Wittig rapporte une observation où — cet examen n'ayant pas été pratiqué — on conclut à tort à l'existence d'une tumeur médiastinale bénigne (goitre, thymus ou kyste dermoïde). Il s'agissait d'un malade présentant des signes de compression médiastinale chez lequel la radio montrait une ombre arrondie située au-dessus du cœur, atteignant en haut la fourchette sternale. Elle n'était animée d'aucun battement. Aucun signe clinique ne permettait d'envisager l'hypothèse d'un

anévrisme. Braun fit une incision exploratrice à la base du cou : la partie supérieure du médiastin apparut libre. Le malade mourut quelques jours après d'une hémoptysie foudroyante et l'autopsie montra l'existence d'un anévrisme de la crosse rompu dans la bronche droite.

C'est dans l'étude de la *topographie* de la tumeur qu'il faut chercher les éléments du diagnostic : les images de goitre intra-thoracique et d'anévrisme de la crosse *ne sont jamais superposables*. Le goitre se développe *au-dessus* de la crosse aortique. S'il descend plus bas en augmentant de volume, l'ombre qu'il donne par rapport à l'aorte n'est jamais dans la situation d'une ombre anévrismale. En effet, l'anévrisme de l'aorte ascendante se développe à droite et en avant ; l'anévrisme de la convexité, en avant et en haut ; l'anévrisme de l'aorte descendante, à gauche et en arrière.

En présence d'une tumeur nettement sus-aortique, reste encore à discuter l'hypothèse d'un anévrisme du tronc brachio-céphalique. Le diagnostic peut présenter de grosses difficultés. Un malade de Holz knecht présentait une tumeur perceptible aux doigts engagés derrière le sternum et animée de pulsations synchrones au choc de la pointe ; la radioscopie fit voir une tumeur grosse comme une petite pomme, pulsatile en tous sens, située près de la crosse aortique, mais isolable de celle-ci ; pendant la déglutition l'ombre montait d'un centimètre et redescendait lentement.

Deux autres malades du même chirurgien présentèrent des tumeurs analogues observées à la radiographie.

Or, tandis que dans ces trois cas, Holzknecht concluait à des anévrysmes du tronc brachio-céphalique, Kienbock fut persuadé, d'après l'examen des radiographies, qu'il s'agissait de goîtres méconnus.

Goitre intra-thoracique bénin ou goitre malin ?

Ce diagnostic a une importance essentielle, car il doit décider du choix de la thérapeutique. A l'étude du traitement, nous soulignerons en effet l'intérêt du fait suivant : il semble hautement désirable de ne pas faire précéder par un traitement radiothérapique l'acte chirurgical lorsque l'indication de celui-ci a été posée. On court le risque de modifier très défavorablement les conditions opératoires.

Il y a donc avantage à éviter le traitement radiothérapique d'épreuve, à supposer naturellement que l'intervention chirurgicale ne soit contre-indiquée (âge) ou que le malade ne s'y refuse *a priori*.

Ces deux cas exclus, le choix de la méthode thérapeutique dépend seulement du caractère de bénignité ou de malignité du goitre.

Pour ce diagnostic si important, la radiologie peut-elle confirmer ou infirmer les données de l'examen clinique ? Jusqu'à un certain point, car les observations de goitre intra-thoracique bénin sont nombreuses qui signalent un degré plus ou moins marqué de déchéance physique (amaigrissement) argument en faveur d'une tumeur maligne. Cette hypothèse sera renforcée si l'ex-

ploration radiologique fournit les renseignements suivants :

— Ombre de densité irrégulière : ceci, sous réserves, car dans les goitres bénins anciens, non suspects de dégénérescence, il est fréquent de trouver des noyaux de calcification. Cet aspect n'est pas exceptionnel non plus, nous le signalons ici, dans les anévrismes de l'aorte.

— La disparition de la lumière trachéale a été notée en faveur de la malignité ; mais elle est conditionnée très souvent par des raisons physiques d'incidence des rayons (compression latérale) et il ne doit pas être tenu compte de ce signe.

— De même la présence de taches intra-pulmonaires n'a rien de pathognomonique.

Il faut au contraire attacher la plus grande importance aux signes suivants :

1° *Le peu de netteté* des contours de la tumeur, mais il ne faut pas tenir pour suspect l'aspect simplement ondulé des bords du goitre car il s'observe fréquemment.

2° *La fixité de la tumeur* qui n'est plus mobile avec la toux et la déglutition.

3° *L'augmentation de volume rapide* de la tumeur est tout-à-fait en faveur d'une tumeur maligne.

Tumeur thyroïdienne bénigne ou kyste dermoïde ?

Ce diagnostic n'a qu'une importance relative et toute théorique car il ne modifie ni les indications ni les conditions techniques de l'acte opératoire. Il est d'autant

plus difficile que les tumeurs thyroïdiennes intra-thoraciques sont souvent kystiques et que leur aspect ne diffère en rien des tumeurs dermoïdes. La présence de corps étrangers à l'intérieur de celles-ci est un argument de peu de valeur en leur faveur.

Paluguay signale que l'abaissement du bulbe aortique s'observe dans les goîtres intra-thoraciques à l'exclusion des autres tumeurs médiastinales.

Qu'il s'agisse d'un goitre intra-thoracique bénin d'une tumeur médiastinale d'origine thymique, ou d'un kyste dermoïde, c'est encore la radiographie qui fournira lors de l'intervention chirurgicale les directives les plus sûres. En fixant exactement la topographie de la tumeur (situation, état de la trachée, mobilité, etc...) elle permet jusqu'à un certain point de préjuger des difficultés de l'acte opératoire, puis facilite son exécution.

L'exploration radiologique, nécessaire dans le goitre intra-thoracique, serait pratiquée avec avantage dans un grand nombre de goîtres cervicaux, surtout lorsque la discrétion des signes physiques et leur apparente banalité (goitre cervical dont on perçoit nettement à la palpation le pôle inférieur) s'accorde mal avec l'intensité des troubles fonctionnels. Elle éviterait au chirurgien l'aventure assez humiliante — mais non exceptionnelle — d'opérer un malade d'un goitre cervical et de constater, après l'intervention, que les troubles persistent et sont liés à l'existence d'un goitre intra-thoracique méconnu.

En dépouillant des observations de goîtres intra-tho-

raciques, nous en avons relevé deux (Lockwood et Harner, Sauerbruch) dans lesquelles il y eut discordance entre les renseignements fournis par la radio et les constatations opératoires : radio négative d'un adénome kystique assez volumineux ; très petit goitre intrathoracique que ne laissait guère prévoir une ombre dont l'étendue avait engagé à pratiquer une sternotomie. Ces deux faits — quelle qu'en soit l'interprétation — ne sont pas de nature à diminuer l'importance de l'examen radiologique.

III. — THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Le goitre intra-thoracique, si bien toléré soit-il, expose le malade à des dangers permanents. Sans cause apparente (hémorragie intra-kystique) ou au cours d'une trachéo-bronchite même légère, peuvent brusquement entrer en scène des accidents très dramatiques de sténose trachéale capables d'entraîner rapidement la mort par asphyxie. Saar, Schloffer en rapportent de nombreux exemples. Ceci sans préjudice de la basedowification du goitre ou de sa dégénérescence maligne.

Il n'y a rien à attendre du traitement médical (iode). La RADIOTHÉRAPIE du goitre bénin est une question à l'ordre du jour. Sans vouloir prendre position ici d'une manière générale sur l'efficacité de cette méthode et sans nier qu'elle puisse provoquer, jusqu'à un certain degré, la régression de la tumeur, nous devons attirer l'attention sur certains aspects de la question qui intéressent le chirurgien.

Quand il s'agit d'un goitre intra-thoracique dont les signes cliniques et radiologiques excluent tout soupçon de malignité, dans quelle mesure est-il légitime d'ajourner l'acte opératoire et de tenter un traitement par les

radiations ? On peut se trouver en présence d'un malade âgé, porteur d'un goitre intra-thoracique certainement ancien et n'occasionnant par son volume qu'un minimum de troubles ; la possibilité de le ramener par la radiothérapie aux limites de la tolérance peut être envisagée, à l'exclusion d'une intervention radicale.

Dans d'autres cas, c'est un malade qui, avant de se résoudre à l'opération, exprime le désir d'éprouver les effets de quelques séances d'irradiations.

Supposons que le traitement ait été inactif ou même qu'il ait amené une amélioration. Il semble d'ailleurs falloir rarement compter sur une solution aussi élégante que celle rapportée dans un cas de Molnár où un goitre médiastinal, suspect de malignité et confié au radiothérapeute, remonta un jour dans le cou et s'offrit au bistouri.

Le chirurgien se fait plus pressant et propose d'enlever la tumeur. Nous montrerons plus loin que l'ablation d'un goitre intra-thoracique bénin est dans la presque totalité des cas une intervention relativement facile, non mutilante et grevée d'une mortalité à peu près nulle (du moins dans les cas publiés).

Or, l'irradiation préalable fait courir le risque de voir ces conditions opératoires très défavorablement modifiées et expose le chirurgien à jouer sa partie dans une intervention laborieuse et non dépourvue d'aléas.

Les difficultés nouvelles apportées par l'irradiation préopératoire peuvent tenir à deux causes :

1) La *peau*, dans l'aire des téguments irradiés — même à faibles doses — se trouve dans des conditions

de vitalité diminuée : d'où désunion possible de la plaie et risque d'infection du tissu cellulaire médiastinal. L'observation VI en fournit un exemple.

2) Le *plan de clivage* péritumoral peut faire défaut du fait de la formation d'adhérences et les conditions techniques de l'intervention peuvent être radicalement modifiées. Ceci n'ayant d'ailleurs rien d'absolu (observation IV) : il en est ainsi à propos des utérus fibromateux irradiés dont on pratique secondairement l'ablation.

Par analogie, nous noterons en passant qu'il faut s'attendre à rencontrer des difficultés opératoires assez comparables lorsqu'on intervient sur un malade qui a subi antérieurement une opération sur le corps thyroïde ou lorsque le goitre a subi autrefois une poussée inflammatoire. Hünermann met en garde également contre l'inconvénient résultant d'applications intempestives et répétées de pommades plus ou moins caustiques sur les téguments.

Ces réserves faites on doit admettre que le goitre intra-thoracique ne relève que du seul traitement chirurgical.

Nous posons dès maintenant que la méthode de choix pour l'ablation des goitres intra-thoraciques bénins est la voie cervicale sus-sternale. Dans la presque totalité des cas, ces tumeurs peuvent être enlevées sans que l'on porte atteinte à l'intégrité du squelette. Et cela dans des conditions de facilité remarquables avec un succès pour ainsi dire constant.

Cette opinion est celle de la presque unanimité des

chirurgiens qui ont publié leurs statistiques de goîtres intra-thoraciques opérés pendant ces dernières années. La plupart de celles-ci ont été faites dans des pays où la fréquence du goitre donne aux opérateurs une expérience toute particulière en la matière.

Hünemann relève le chiffre élevé de 487 goîtres intra-thoraciques opérés dans le service de Czermak à Innsbruck de 1912 à 1920 : 2 fois seulement on fut contraint de pratiquer une sternotomie (Haberer, Lexer). Enderlen (1922) déclare n'avoir jamais eu besoin de toucher au squelette. Même aveu de Wilms qui, tant à Bâle qu'à Heidelberg avait opéré 2032 goîtres (1918). Les goîtres intra-thoraciques les plus volumineux ont toujours pu être désenclavés par de Quervain. M. T. de Verebely, qui a bien voulu nous autoriser à publier ici les 12 cas de goîtres intra-thoraciques opérés à la 1^{re} clinique chirurgicale de Budapest en 1924, nous a informé qu'il n'avait jamais rencontré d'indications à ajouter le moindre délabrement osseux à l'incision cervicale.

Jehn (Zürich) rapporte 5 sternotomies pour goîtres pratiquées par Sauerbruch (1915). Il faut croire que la méthode proposée fut loin d'emporter tous les suffrages, car Riedel (Iena), reprenant dans le détail le compte-rendu opératoire de ces 5 interventions, s'efforça de prouver qu'on aurait pu les mener à bien sans agrandir l'orifice supérieur du thorax. Plenck (1920) publie 5 autres cas où des sternotomies — d'ailleurs économiques — ont été pratiquées dans le service d'Hoche-negg (Vienne).

La possibilité d'enlever les goîtres intra-thoraciques bénins par voie haute s'explique :

a) par les conditions particulières de l'habitat de ces tumeurs dans le médiastin antérieur (notions anatomo-pathologiques).

b) par le jour très large qu'une incision cervicale basse peut donner sur le médiastin antérieur (notions anatomiques).

A. — Notions anatomo-pathologiques

Les autopsies publiées de goitre intra-thoracique sont très rares en France et sont pour la plupart incomplètes.

Woelfler (1890), dont l'étude classique sur la topographie des goîtres cervicaux semble avoir épuisé la question, fournit sur les goîtres intra-thoraciques des données surtout théoriques. Elles ont été reprises dans le travail, très connu aussi, de Wuhrmann (1896). M. T. de Verebely en 1907 eut l'occasion dans le laboratoire de Langhans d'étudier 16 pièces de goîtres intra-thoraciques conservées en connexion avec tous les organes du cou et du médiastin.

Il n'entre pas dans le cadre de cette étude qui n'a en vue que le diagnostic et la thérapeutique chirurgicale de ces tumeurs, d'exposer en détail les résultats des investigations de ces auteurs qui, dans la dissection de chaque pièce, ont noté avec une précision digne d'éloges — mais non dépourvue d'aridité — les rap-

ports du goitre avec la crosse de l'aorte et ses branches, les gros troncs veineux, le paquet vasculo-nerveux du cou, les artères thyroïdiennes, les parathyroïdes, le récurrent, la trachée, l'œsophage, le péricarde et la plèvre.

Nous nous contenterons de résumer une partie des conclusions du travail du professeur de Verebély.

D'une manière très générale on peut poser les points suivants sur la topographie des tumeurs thyroïdiennes cervico-thoraciques :

Au cou, le goitre peut repousser latéralement le paquet vasculo-nerveux, se développer en arrière ou en avant de celui-ci ; quelquefois il en dissocie les éléments.

A l'entrée du thorax, le goitre, en se développant vers le bas, peut se frayer un chemin suivant 4 voies :

— entre le plan veineux et la paroi thoracique (goitre préveineux).

— entre le plan veineux et le plan artériel (goitre préartériel).

— entre le plan artériel et le plan trachéo-bronchique (goitre prétrachéo-bronchique).

— en arrière du plan viscéral (goitre rétro-viscéral).

De toutes ces données topographiques nous soulignons deux faits qui donnent la clé de la thérapeutique chirurgicale que nous décrirons :

1° On est frappé d'une sorte de discordance entre l'extrême complexité de la topographie de ces goitres telle qu'elle ressort des dissections de Wœlfler, Whurmann, Verebély et de la sobriété à peu près générale

des comptes rendus opératoires. L'explication est simple ;

Toute cette précision des connexions anatomiques des goitres a surtout un intérêt clinique : elle rend compte des divers phénomènes de compression qui sont la caractéristique des tumeurs médiastinales. Par contre ces rapports, variables avec chaque cas et pour la plupart dangereux, n'apportent aucun obstacle à l'acte opératoire. Une technique simple, applicable à tous les cas, permet l'extirpation facile du goitre sans entraîner jamais de graves désordres dans les organes du médiastin : *C'est que les recherches sur le cadavre laissent dans l'ombre un élément d'une importance essentielle : à savoir que le goitre intra-thoracique bénin est une tumeur parfaitement clivable ;*

2° Le second fait à mettre en évidence et qui donne à la voie cervicale un caractère vraiment rationnel, c'est la situation toute particulière du pédicule artériel dans le goitre intra-thoracique.

S'il s'agit d'un goitre purement médiastinal, sans aucune connexion avec le corps thyroïde, la question ne se pose pas car le goitre vit comme d'une existence parasitaire (Pemberton).

Lorsque — et c'est le cas habituel — le goitre intra-thoracique représente la descente, avec allongement, puis étranglement, d'un goitre primitivement cervical, il entraîne ses vaisseaux dans sa migration et *ceux-ci l'abondent toujours en haut et en dehors.*

L'artère thyroïdienne inférieure garde toujours une portion cervicale (Pemberton).

Le pédicule artériel de la tumeur peut donc être lié *au cou et sous le contrôle de la xue.*

Seules, quelques veines thyroïdiennes peuvent aborder le pôle inférieur du goitre, mais elles peuvent être facilement sectionnées et liées, au cours de la manœuvre d'extériorisation.

Le problème est donc posé d'enlever par la base du cou une tumeur médiastinale supérieure ou cervico-médiastinale, non adhérente, facilement clivable, dont le fait d'être en partie ou en totalité rétro-sternale ne crée aucune difficulté au point de vue de l'hémostase.

L'étude anatomique de la région montre que la voie d'attaque sus-sternale est parfaitement légitime.

B. — Notions anatomiques

Nous envisagerons les points suivants :

1) L'orifice supérieur du thorax

Il est limité par le plan très oblique de la première côte, dont l'arc, de court rayon, s'étend du rachis au manubrium sternal. Il est orienté de telle sorte qu'un plan horizontal passant par le bord supérieur du sternum atteint en arrière le niveau de la 3^e vertèbre dorsale (Braine). La forte saillie des deux berges claviculaires en limite l'accès.

Ses dimensions sont en moyenne de 5 cm. 5 dans le sens antéro-postérieur et de 10 cm. 5 transversalement (Pemberton). Celui-ci fait la remarque que l'inspira-

tion forcée, en élevant le sternum et en portant les côtes en haut et en dehors, augmente légèrement toutes ces dimensions, facteur qui jouerait un rôle important dans l'« aspiration » du goitre.

Ces dimensions ne sont pas des dimensions utiles, car l'espace est en partie comblé par les dômes pleuraux, le tractus viscéral et par les vaisseaux.

On peut en déduire que le goitre ne devra être attaqué ni en avant, ni en arrière, pour ne pas augmenter la compression trachéale, mais à l'extrémité postérieure des diamètres obliques, là où l'angle costal ménage toujours une zone d'accès.

2) De quelle manière l'exposer largement

La clé du défilé cervico-médiastinal, c'est la section basse des muscles sous-hyoïdiens. Ces muscles (sterno-hyoïdiens, superficiels ; sterno-thyroïdiens, profonds) s'insèrent *dans le thorax*, les premiers à la face postérieure de la clavicule et du manubrium selon une ligne oblique en bas et en dedans ; les seconds, plus bas encore, à cheval sur le premier cartilage costal et la première pièce sternale.

La ligne d'insertion de ces derniers muscles est à plus de 15 millimètres au-dessous du bord supérieur de la fourchette sternale.

Si l'on a soin de les sectionner très bas, on tombe directement sur l'étage supra-vasculaire du médiastin antérieur.

On augmente considérablement l'accès en sectionnant l'un ou l'autre des muscles sterno-mastoïdiens ou

éventuellement les deux. Cette dernière manœuvre donne un jour vraiment impressionnant sur l'orifice du thorax.

Certains chirurgiens évitent le plus possible ces sections musculaires dans la crainte d'un préjudice esthétique. Cette considération paraît peser de peu de poids dans une intervention où l'accès le plus large et la liberté de manœuvrer sont les conditions essentielles du succès.

Séparer les petits muscles sur la ligne médiane (Quervain, Sebileau), relever latéralement l'incision cutanée jusqu'au lobule de l'oreille pour permettre de récliner les sternos (Riedel) nous semble ou insuffisant ou bien inutilement compliqué.

3) L'accès du médiastin antérieur par voie cervicale

Nous avons vérifié sur le cadavre le jour considérable que donnaient ces sections musculaires faites en bonne place. On découvre toute l'étendue de la chambre médiastinale antérieure dont la largeur augmente à mesure que l'on descend du fait de l'obliquité inverse de la trachée et du sternum.

Nous avons été frappé de ce fait que les rapports du plan artériel et du plan veineux sont beaucoup moins intimes que ne le laissent supposer les schémas anatomiques.

La crosse de l'aorte et les artères qui en émanent nous ont paru collées contre le plan trachéal, alors que les troncs veineux innominés semblent plaqués contre le plan squelettique.

Le bord supérieur du tronc veineux innominé gauche est à peine à 2 cm. de la fourchette sternale; le sommet de la crosse aortique à 4 cm.

Le doigt, sous le contrôle de la vue, peut donc explorer tout l'étage sus-cardiaque du médiastin.

Technique opératoire

En principe, il est préférable — autant que faire se peut — de ne pas opérer un malade en période aiguë d'accidents dyspnéiques, ce dernier cas donnant lieu à des indications spéciales.

Il est utile de soumettre le malade au repos absolu la veille de l'intervention.

Choix de l'anesthésie

L'anesthésie locale permet d'opérer des goîtres intrathoraciques même volumineux : les observations de M. de Verebely en témoignent. Elle permet de plus le contrôle du récurrent. Braun, en opérant, prie le malade de tousser, ce qui, d'après lui, facilite l'extraction. Il y a certainement des inconvénients d'ordre théorique à employer l'anesthésie générale : il n'en est pas moins vrai que ni le chloroforme, dans les 10 cas de M. Lecène, ni le mélange de Schleich dans le cas de M. Grégoire, n'ont été — pendant et après l'intervention — la source d'aucun ennui. Personnellement, nous avons été très frappé des heureux résultats de l'anesthésie rectale à l'éther telle que nous l'avons vue

pratiquer dans le service de notre maître, M. Robineau. Nous verrions dans les opérations sur le cou une indication toute particulière à user de cette technique.

Un grand nombre de chirurgiens allemands continuent d'employer des vapeurs anesthésiques surprises.

Position à donner à l'opéré

Billot dorso scapulaire. L'hyperextension de la tête — qui donnerait le jour le plus large — n'est pas toujours compatible avec une respiration régulière. Il faut placer le malade de telle manière qu'il puisse respirer commodément.

Incision de la peau

Incision « en cravate » (Kocher), mais basse, à un centimètre au-dessus de la fourchette sternale, légèrement concave en haut, assez longue pour permettre de découvrir largement les deux sterno-mastoïdiens.

Hémostase cutanée

Ce point est capital et il est très important de ne passer aux temps suivants qu'après avoir complètement asséché le champ opératoire. La formation d'un hématome serait de nature à compromettre la cicatrisation et apporterait des risques d'infection particulièrement grave dans le tissu cellulaire du médiastin.

Section des muscles sous-hyôïdiens

Très basse. Si besoin est, section d'un sterno-mastoïdien du côté où la tumeur est le plus développée.

Attaque du goitre

Il faut prendre rapidement connaissance de la situation du goitre ou des nodules goitreux intra-thoraciques, du volume de la tumeur, de son degré de mobilité et décider de l'opération que l'on va entreprendre : simple extraction d'un goitre médiastinal sans connexions avec le corps thyroïde ou relié à lui par quelques tractus — ou opération plus large si la disposition du prolongement intra-thoracique d'un des lobes commande une hémithyroïdectomie.

De toute manière, il y a deux façons de procéder

— ou bien commencer par luxer la tumeur hors du thorax : et l'opération s'achève dans le cou.

— ou bien commencer par attaquer le lobe cervical : et quand toutes les connexions hautes du goitre ont été coupées terminer par l'extraction hors du thorax.

L'un ou l'autre de ces procédés ont été employés dans les 23 observations que nous rapportons.

Que l'extraction de la tumeur soit possible à l'aide du doigt ou que l'on juge devoir employer des moyens adjuvants (désenclaveur de Kocher, cuiller légèrement courbée à la manière de Ch. Mayo et de Berry, fils de traction recommandés par Perthes, Hartert, etc...), il nous semble qu'il s'agit là de petits procédés personnels

qui rendent à chaque opérateur tout le service qu'il a accoutumé d'en attendre.

Si la tumeur est kystique, elle sera vidée par ponction avant qu'on en fasse l'extraction.

Pour peu que le goitre soit parfaitement clivable, des tumeurs très volumineuses peuvent être enlevées avec facilité par cette voie sus-sternale. Le moment critique est toujours celui où la partie la plus large du goitre passe à frottement à travers l'ouverture du thorax : d'où risque de collapsus trachéal. On peut l'éviter à moins de frais qu'en introduisant — comme le recommande Eiken — préalablement à l'opération un bronchoscope : le procédé employé par M. de Verebely (obs. XVII) — fixation des moignons du goitre aux sterno-mastoïdiens — donne toute sécurité.

Suture des muscles et de la peau

La question du drainage est discutée. Si l'hémostase a été très correctement faite, on peut sans crainte re-fermer complètement. S'il y a doute, un petit tube de cellophane sera mis en place pendant 24 heures.

La mortalité dans les observations publiées est à peu près nulle.

L'intervention d'urgence devant des phénomènes extrêmement alarmants d'asphyxie doit être pratiquée car elle a donné à Saar, Schloffer, Perrin et Mallet-Guy, Brockaert, de très beaux succès. L'anesthésie locale seule est permise et, dans plusieurs cas, l'état préagonal du patient l'a rendu inutile.

Il faut se donner du jour en sectionnant les muscles sous-hyoïdiens et au besoin les deux sternos et procéder à l'accouchement progressif du goitre sans se soucier de l'hémorragie veineuse, toujours impressionnante, qui cède au tamponnement. Au début de l'opération, il faut éviter à tout prix le renversement en arrière de la tête qui peut provoquer l'arrêt complet de la respiration déjà gênée par la compression du goitre.

Si dans la très grande majorité des cas l'incision sus-sternale — après section très basse des muscles sous-hyoïdiens — permet d'enlever, quelquefois avec une surprenante facilité, de volumineux goitres intra-thoraciques, il est évident que dans quelques cas très rares d'ailleurs (goitres énormes, adhérents), il sera indispensable de se donner du jour du côté du thorax. Mais nous pensons qu'il ne faut entreprendre une section osseuse qu'après avoir constaté l'insuffisance de la voie cervicale.

Il n'entre pas dans le cadre de notre sujet d'étudier le moyen le plus satisfaisant et le moins mutilant d'agrandir l'orifice supérieur du thorax. On trouvera dans un travail récent d'Aurousseau un exposé des diverses techniques proposées dans ce but.

OBSERVATIONS

Obs. I. — Prof. Lecène. In *Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie*, t. LI, n° 21, 20 juin 1923.

Homme vigoureux, 59 ans, présentant des signes évidents de tumeur de la partie supérieure du médiastin antérieur. C'était la dyspnée d'effort qui avait été le premier signe, puis une parésie du nerf récurrent gauche était survenue. Un œdème léger de la base du cou, et une dilatation nette des veines jugulaires externes, surtout marquée à gauche, venait confirmer le diagnostic de compression siégeant au niveau du médiastin antérieur.

Un examen médical très attentif avait permis d'éliminer toute lésion cardiaque ou aortique.

On ne sentait aucune tuméfaction de la région thyroïdienne. On relevait seulement dans les antécédents du malade (dont l'état général était resté excellent) plusieurs crises de goutte typique.

L'examen radiologique montrait dans le médiastin antérieur, au-dessus de l'ombre aortique, une tumeur bien limitée presque régulièrement sphérique, qui débordait un peu vers la gauche. Il était certain, d'après l'examen radiologique, que cette tumeur n'était pas un anévrisme.

Diagnostic clinique : Goitre rétro-sternal, ou peut-être kyste dermoïde rétro-sternal.

Opération : 6 octobre 1921 (prof. Lecène).

Anesthésie générale au chloroforme. Billot dorso-scapulaire

Résection sous-périostée de l'extrémité interne de la clavicule gauche (1) ; section des muscles sous-hyoïdiens. Le corps thyroïde apparaît normal. A gauche, on voyait une tumeur qui remplissait l'orifice médiastinal supérieur, tumeur



bleuâtre, kystique, qui descendait jusqu'au contact des gros vaisseaux de la base du cœur.

L'énucléation de cette tumeur, qui avait le volume d'une

(1) M. Lecène souligne dans son exposé qu'à ce moment, il croyait encore à tort à la nécessité d'une résection osseuse pour aborder la partie supérieure du médiastin antérieur, et que, dans le cas particulier, cette résection ne fut d'aucune utilité.

petite orange, fut facile et put se faire sous le contrôle de la vue. Hémostase de quelques veines. Réunion sans drainage après suture au fil de lin des muscles sous-hyoïdiens.

La guérison fut des plus simple ; la parésie récurrentielle gauche n'a disparu complètement qu'au bout de trois mois. La guérison était complète. Le malade est décédé en juillet 1925 d'une crise d'urémie.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait, dans ce cas, d'un kyste simple d'origine parathyroïdienne.

Obs. II. — Prof. Lecène. In *Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie*, t. LI, n° 21, 20 juin 1923.

M. X..., âgé de 48 ans, ancien syphilitique, bien soigné, toussant depuis deux ans. Il avait été considéré comme tuberculeux par différents médecins, mais on n'avait jamais trouvé de bacilles de Koch dans ses crachats. La corde vocale droite était parésiée depuis quelques mois, la toux était incessante et le malade avait notablement maigri.

On sentait au palper de la base du cou que le lobe thyroïdien droit était légèrement plus gros que celui du côté gauche. Il n'existait aucun signe de maladie de Basedow.

La radiographie montrait l'existence, en arrière de la poignée sternale d'une ombre noire très régulière, qui débordait à gauche et descendait jusqu'en arrière du deuxième cartilage costal.

Le cœur et l'aorte paraissaient normaux sur les clichés et à la radioscopie. Il n'y avait du reste aucun signe clinique de lésions du cœur et de l'aorte chez ce malade.

Diagnostic : Goitre rétro-sternal avec compression du récurrent droit.

Opération : 4 mars 1924 (prof. Lecène).

Anesthésie générale au chloroforme. Incision cervicale basse arciforme à concavité supérieure. Section complète du sterno-cléido-mastoïdien droit et de tous les muscles sous-hyoïdiens un peu au-dessus de leurs attaches sterno-claviculaires.



Obs. II. — Clichés Schaller (Laboratoire Central de l'Hôpital St-Louis).

On se rend compte alors que le lobe droit thyroïdien est légèrement augmenté de volume ; rattachée par quelques tractus au pôle inférieur de ce lobe, une tumeur grosse comme une orange s'enfonce profondément dans le médiastin antérieur et descend jusqu'à l'aorte.

Enucléation sous le contrôle de la vue de cette tumeur, ligature de l'artère thyroïdienne supérieure et de quelques grosses veines ; section du mince pédicule rattachant la tumeur au pôle inférieure du lobe thyroïdien droit. Réunion complète sans aucun drainage.

Guérison très simple. La paralysie récurrentielle droite disparaît en six semaines ; le malade est resté parfaitement guéri et a donné récemment (1926) de ses nouvelles.

L'examen histologique de la pièce montra qu'il s'agissait d'un goitre non malin, présentant des calcifications à son intérieur.

Obs. III. — Prof. Lecène. In *Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie*, t. LI, n° 21, 20 juin 1925.

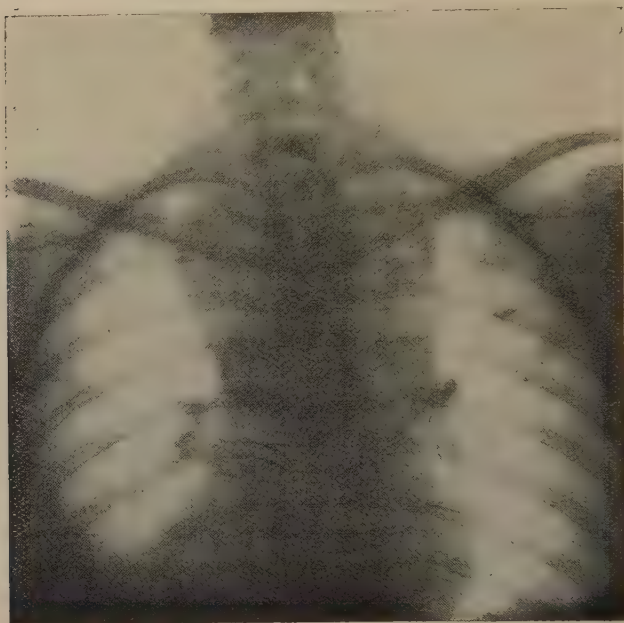
Mme X, 51 ans, adressée à l'hôpital Saint-Louis par le D^r Rist à qui elle avait été envoyée comme atteinte de tuberculose pulmonaire. Elle présentait de la dyspnée d'effort, des étouffements et des troubles circulatoires du côté de la face. La voix était voilée depuis plus de six mois : à l'examen laryngoscopique, parésie de la corde vocale gauche. Les étouffements continuels et l'enrouement ayant augmenté depuis quelques semaines, elle est examinée médicalement : pas de bacilles dans l'expectoration, pas de signes stéthoscopiques de tuberculose pulmonaire. Le cœur est normal.

A la radioscopie et sur les clichés, on constate l'existence d'une ombre grise très volumineuse, parfaitement arrondie, qui refoule la trachée à droite jusqu'au niveau de la bifurcation ; l'espace clair trachéal est tout entier situé à droite de la colonne vertébrale. Cette ombre correspond évidemment à une tumeur du médiastin antéro-supérieur qui

est très probablement un volumineux goitre rétro-sternal.

La malade est originaire du département de la Loire, où le goitre est fréquent, et son frère est atteint de goitre.

Au palper de la partie inférieure du cou, on sent vaguement une tuméfaction médiane qui paraît répondre à l'isthme thyroïdien augmenté de volume.



Opération le 8 mai 1925 (Prof. Lecène).

Anesthésie générale au chloroforme. Incision arciforme à la base du cou, à concavité supérieure ; section du sterno-cléido mastoïdien gauche et de tous les muscles hyoïdiens. On aperçoit alors, se détachant du lobe gauche thyroïdien, auquel elle est rattachée par quelques tractus, une tumeur arrondie qui s'enfonce profondément dans le médiastin antérieur.

Enucléation de la tumeur qui a le volume d'un œuf d'autruche ; ligature de l'artère thyroïdienne et de plusieurs veines, on sectionne en haut les tractus qui rattachent la tumeur au lobe gauche thyroïdien. On voit dans le fond de la plaie, la crosse de l'aorte et l'origine des artères sous-clavières et carotide primitive gauche.

Suture complète sans drainage.

Guérison simple ; la malade quitte le service au bout de 15 jours ; elle conserve encore une paralysie récurrentielle gauche (juin 1925). Tous ses accidents dyspnéiques ont disparu.

La tumeur est un goitre solide, bien encapsulé, que l'examen histologique montre constitué par des éléments thyroïdiens encore actifs (aspect de l'adénome fœtal de Woelfler).

Obs. IV. — (R. Grégoire). *Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie*, 1923, p. 669.

Un homme grand et vigoureux de 55 ans environ était sujet depuis 2 ans à des troubles assez particuliers de congestion de la face et du cou.

Jusqu'à tout à fait bien portant, il fit sa première crise brusquement à la fin de juin 1922. Deux heures après son déjeuner, pendant qu'il écrivait, il éprouva une sensation subite d'enflure du cou et de la tête, en même temps se produisait une violente céphalée. « J'avais, dit-il, l'impression que mon crâne devait éclater ». Il n'y avait ni suffocation, ni essoufflement, ni tachycardie. Cet état dura 2 à 3 heures pendant lesquelles la figure et surtout les oreilles présentèrent une teinte nettement cyanotique. Puis tout rentra dans l'ordre.

Jusqu'en août 1923, il se plaignit seulement de très fréquents maux de tête qu'il attribuait à un travail intensif.

En août 1923, nouvelle crise accompagnée d'un gonflement subit et visible du cou. Comme la première fois reparut la céphalée mais alors localisée au niveau de la nuque. Cette crise fut courte et cessa sans laisser de trace

En janvier 1924, la céphalée devint continue. Elle affectait le type d'une violente névralgie de la nuque, le long des nerfs occipitaux d'Arnold. Brusquement nouvel accès de gonflement du cou. Pendant 48 heures, il lui est impossible de garder un faux-col et même de boutonner sa chemise.

Deux mois après en mars 1924, il a un nouvel accès. Depuis le début de l'année, et même quelque temps avant, il éprouve une sensation d'étau à la hauteur des mamelons, accompagnée d'une légère irradiation douloureuse dans le bras gauche. Il n'existe ni tachycardie, ni trouble de la voix, ni gêne respiratoire.

Quand je vis ce malade en avril 1924, il avait conservé un bon état général, mais on était immédiatement frappé par l'aspect vultueux de la face et la coloration bleue du nez et surtout des oreilles et des lèvres. Il avait eu la veille un accès de gonflement du cou.

A l'examen, on constate que les jugulaires font une saillie anormale sous la peau. Le cou est large, mais on ne voit ni déformation ni œdème.

On remarque cependant que le larynx est dévié à droite et que la trachée est repoussée du même côté, si fortement qu'elle touche la première côte. Son extrémité inférieure disparaît donc complètement derrière le sterno-mastoïdien droit. De ce fait, il n'y a pas de saillie médiane au cou et cet aplatissement contribue à la faire paraître plus large. Cette déviation des voies respiratoires ne s'accompagne cependant d'aucune gêne et d'aucune dyspnée. On ne sent aucune tumeur au cou aussi profondément que les doigts peuvent s'engager derrière la fourchette sternale.

Le thorax est large, le sternum fortement saillant en avant de l'angle de Louis exagérément accentué.

A la percussion, la région du manubrium sternal dénote une certaine submatité qui se prolonge sur une faible étendue dans le 2^e espace intercostal gauche.

L'auscultation ne montre rien d'anormal aussi bien du

côté de l'appareil respiratoire que du côté du cœur.

Sous l'écran, l'aire pulmonaire s'éclaire parfaitement mais on voit sur la ligne médiane en arrière du manubrium et à gauche de lui, une ombre foncée, et arrondie et régulière. Cette ombre a un diamètre de 7 centimètres environ. Elle est située au-dessous du niveau des clavicules et de la fourchette sternale et descend jusqu'aux 3^{es} cartilages costaux. La crosse aortique se dessine juste au-dessous d'elle. La bande claire de la trachée est déviée à gauche et fait une longue courbe qui circonscrit le côté gauche de la masse opaque. Cette masse est animée de battements, ce qui fit penser tout d'abord à une ectasie de la crosse de l'aorte.

Une réaction de Wassermann resta négative. On pensa aussi à un sarcome du médiastin et des applications de rayons X ont été pratiquées sans qu'il se soit produit de modification dans les troubles dont souffre le malade. Après 10 séances de radiothérapie profonde, le médecin note cependant : « régression nette mais incomplète de la masse rétro-manubriale, régression qui paraît se faire de bas en haut ».

Appelé à examiner le malade à cette époque avec le Dr P. Claisse, nous portâmes le diagnostic de kyste du médiastin, peut-être de nature dermoïde.

Opération le 17 juillet 1924. Anesthésie au mélange de Schleich. Incision en T couché, la petite branche descend un peu à droite de la ligne médiane, la grande branche suit la saillie de la 2^e côte

Rétention sous-périostée de la 2^e puis de la 3^e côte pour avoir plus de jour. Les parties molles sont incisées prudemment le long du bord sternal en ayant soin de ne pas intéresser la plèvre. La mammaire interne, visible dans la plaie, est liée à ses deux extrémités et sectionnée.

La plèvre est alors décollée avec toutes les parties molles qui la recouvrent et repoussée progressivement en dehors avec le poumon.

On aperçoit à ce moment la tumeur. Elle est ronde, lisse et facilement mobilisable. Sa libération au doigt est facile en dehors en avant et en dedans. En arrière, le tissu conjonctif tassé est plus consistant, et moins aisément dissocié.

La tumeur est située en avant de la crosse aortique qu'elle déborde en haut. Elle cache les trois gros troncs émergeant de son bord supérieur. Le pneumogastrique gauche a été refoulé en arrière.

La libération de la masse en arrière et en haut est plus délicate. Du reste, la présence de la crosse d'une part, du tronc veineux innominé d'autre part, rendent cette manœuvre délicate.

En décollant sa face postérieure, le doigt la repousse en haut, et, brusquement elle se dégage du sternum et de la clavicule et passe dans le cou. On voit alors nettement le gros tronc veineux innominé croiser le fond de la plaie. La tumeur a dû passer en arrière de lui. Une incision du cou permet de la retirer. Cette manœuvre paraît moins dangereuse que le refoulement dans le médiastin.

Suture des parties molles. Un faisceau de crin est laissé dans l'énorme cavité médiastinale qui marque l'emplacement de la tumeur.

Dans les jours suivants, il se fait un très abondant écoulement séreux, qui se tarit peu à peu, en même temps que la température montée à 38°5, retombe le 4^e jour à la normale.

La trachée a repris sa place normale dès la fin de l'opération. Le malade se lève le 10^e jour et rentre chez lui.

Un mois après, alors qu'il avait commencé à nouveau de ses affaires, il fit une angine grave à streptocoques qui se compliqua de réactions articulaires très pénibles, mais qui n'eut aucune répercussion sur le foyer opératoire médiastinal. Cependant, pendant quelque temps, il eut de violentes douleurs en arrière du sternum et dans les deux membres supérieurs.

Le malade est aujourd'hui complètement rétabli.

L'examen histologique démontra que la tumeur était formée par un goitre aberrant médiastinal.

Obs. V. - (Pr Lecène) (*Inédite*).

Mme B..., 62 ans, depuis quelques années présente de la dyspnée d'effort, sans crise d'asphyxie. La malade est originaire de Savoie, elle a eu plusieurs enfants et a toujours joui d'une bonne santé.

Examen : Il existe un nodule goitreux dur dans le lobe droit du corps thyroïde. A la palpation du cou, on sent une tuméfaction mal limitée qui semble s'enfoncer au niveau de la base du cou, surtout à droite.

L'auscultation du cœur et des poumons ne révèle aucune lésion.

La radiographie montre l'existence dans le médiastin antérieur d'une tumeur parfaitement arrondie, très bien limitée qui descend jusqu'au niveau du troisième espace intercostal droit.

Cette tumeur se continue en haut avec le corps thyroïde.

La trachée est nettement déviée à gauche.

Il s'agit donc certainement d'un volumineux goitre rétro-sternal sans signes de malignité.

La corde vocale droite est légèrement parésiée, comme le montre la laryngoscopie.

Opération 20 mars 1926 (Pr Lecène).

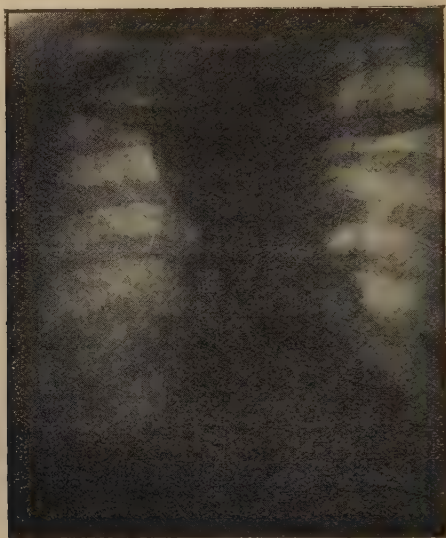
Incision en cravate avec section de tous les muscles sous-hyoïdens et du sterno-cléido-mastoïdien droit. On trouve une tumeur solide thyroïdienne du lobe droit qui s'enfonce dans le médiastin antérieur, où elle est enclavée.

On lie l'artère thyroïdienne supérieure, puis on « accouche » le lobe rétro-sternal. Cet accouchement est pénible et très sanglant. Mais l'hémorragie veineuse cesse dès que le lobe est extrait du médiastin antérieur. On lie l'artère thyroïdienne inférieure et quelques veines. A ce moment, la loge

rétro-sternale qu'occupait la tumeur est bien visible. L'hémostase est complète. Réunion sans drainage.

Suites opératoires :

La guérison se fait sans autres complications qu'une élévation thermique à 38°3 le 10^e jour. On fait alors une ponction évacuatrice de la loge rétro-sternale. On retire environ cin-



quante centimètres cubes de sérosité sanglante. La fièvre tombe et la malade sort complètement cicatrisée le 20^e jour après l'opération.

Une radioscopie de contrôle montre que la trachée a repris sa place normale. Il existe encore une ombre médiastinale grise à la place occupée par la tumeur.

L'examen macroscopique de la tumeur montre qu'elle a la structure habituelle d'un goitre banal, en partie calcifié.

L'examen histologique révèle la structure normale d'un goitre colloïde assez fibreux, sans trace de malignité.

Obs. VI. — (Pr Lecène) (*Inédite*).

Mme B..., 62 ans, présente depuis plusieurs mois des crises de toux spasmodiques très pénibles et des accès de tachycardie. Amaigrissement notable.

A l'examen : On note une légère circulation veineuse collatérale à la base du cou. Pas d'œdème, pas de paralysie récurrentielle. Au palper, augmentation très nette du volume du lobe droit du corps thyroïde.

On pense à l'existence d'un prolongement intrathoracique du lobe droit. Une radiographie extrêmement nette confirme ce diagnostic. Elle met en évidence un goitre intrathoracique, rétrosternal, du volume d'une grosse orange, parfaitement arrondi, descendant jusqu'au 3^e espace intercostal.

La netteté des contours de la tumeur permet d'éliminer l'hypothèse de tumeur maligne. Cependant, la famille de la malade exige que l'on fasse une série de séances de radiothérapie profonde. Ces séances sont assez mal supportées ; on en fait cependant huit, qui représentent une irradiation de six heures. Comme la malade n'est pas soulagée et continue à présenter de la dyspnée, coupée de crises de toux spasmodique extrêmement pénibles ; l'intervention chirurgicale finit par être acceptée.

Intervention : 30 mai 1922 (Pr Lecène).

Anesthésie générale au chloroforme : Bien supportée.

Incision horizontale à la partie inférieure du cou.

Section de tous les muscles sous-hyoïdiens et du sterno-cléido-mastoïdien droit.

On constate facilement que le lobe thyroïdien droit, nettement augmenté de volume, est prolongé vers le thorax par un pédicule assez épais qui le met en continuité avec une tumeur rétro-sternale du volume d'une grosse orange.

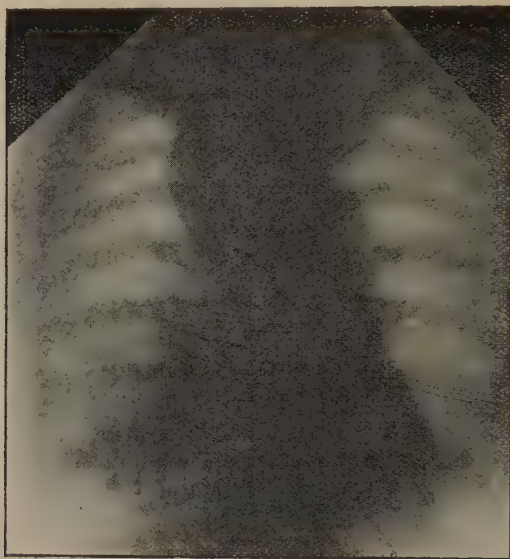
On fait l'hémi-thyroïdectomie droite typique avec ligature des pédicules et on accouche le goitre intrathoracique sans grandes difficultés. Il descendait presque jusqu'au pédicule pulmonaire droit.

Hémostase complète ; fermeture de la peau sans drainage.

Examen histologique des pièces : Goitre banal.

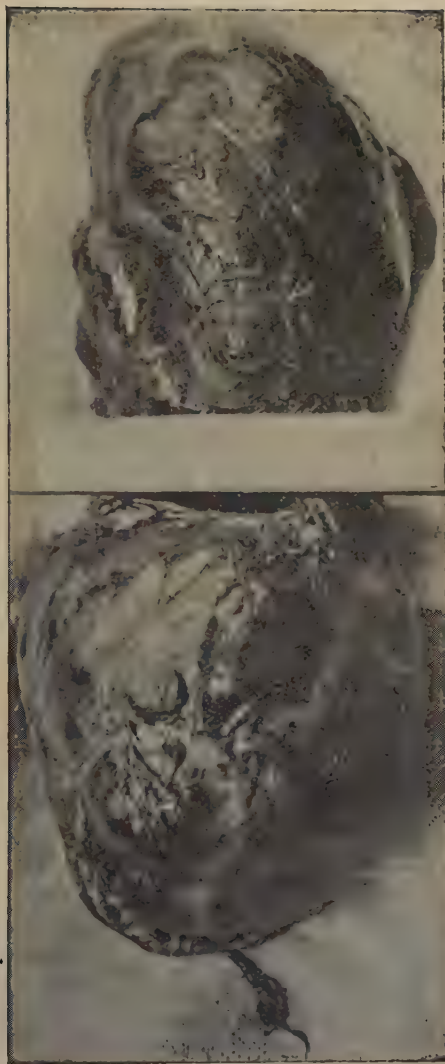
Suites opératoires :

Cicatrisation par première intention. Au 15^e jour, alors que la malade devait quitter la Clinique, désunion de la peau, facilement explicable par l'irradiation à doses élevées, pratiquée avant l'opération. Suppuration, élévation de la température ; on met un drain.



A ce moment apparaissent des accidents extrêmement sérieux de médiastinite suppurée. Ils évoluent pendant cinq mois (octobre 1922). A cette date, on fait une contre-ouverture à la partie postérieure du thorax, en réséquant la 4^e et 5^e côte au niveau des articulations costo-transversaires. L'état général se relève un peu et la température diminue.

Néanmoins, la suppuration persiste, et la malade finit par



OBS. VI. — Cliché Schaller (Laboratoire Central de l'Hôpital St-Louis).

succomber à la cachexie, un an après (octobre 1923), sans que le drainage transthoracique ait modifié l'évolution fatale de la médiastinite.

Obs. VII. — (Pr T. de Verébely, Budapest) (*Inédite*).

Femme âgée de 45 ans, entre à la Clinique chirurgicale le 19 juillet 1924.

Depuis un an se plaint de troubles fonctionnels divers : digestions pénibles, palpitations. Elle a l'impression que chaque matin ses yeux se gonflent. Elle a maigri de 6 kgs.

Examen : La palpation du cou ne donne aucun renseignement, tout au moins ne permet pas d'établir avec certitude l'existence d'une tumeur thyroïdienne.

La radiographie montre en arrière et à droite du sternum une ombre de la grandeur d'un poing d'adulte.

Le diagnostic est posé de goitre rétro-sternal.

Intervention : 21 juillet 1924 (Pr T. de Verébely).

Incision en cravate de Kocher, section des muscles sous-hyoïdiens.

Le lobe gauche est normal ; le lobe droit est hypertrophié.

En libérant le lobe droit (luxation), on constate que celui-ci pousse un prolongement derrière le sternum, quelques grosses veines sont sectionnées et on pratique, avec quelques difficultés, l'énucléation du prolongement sous-sternal. Celui-ci a le volume d'un poing d'adulte. Libération d'avec la trachée. Ligature des artères thyroïdiennes supérieure et inférieure droites. Résection cunéiforme du lobe droit. Suture du moignon au catgut.

Fermeture de la plaie sans drainage.

Suites opératoires : Cicatrisation per primam en 10 jours.

La malade quitte l'hôpital le 31 juillet 1924.

Obs. VIII. — (Pr Lecène) (*Inédite*).

J..., Marie, 38 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 4 février 1924, adressée par le dispensaire Léon-Bourgeois, où

elle était allée consulter pour une laryngite. L'examen radiographique avait fait découvrir un goitre rétro-sternal.

Il y a six mois environ, alors qu'elle était au septième mois d'une grossesse, la malade a remarqué le gonflement anormal du cou avec turgescence des veines au moment des efforts de toux et de vomissements. Progressivement la voix a changé de timbre et est devenue enrôlée ; en même temps un peu de dyspnée ; quand la malade se baisse, sensation d'étouffement, de constriction au niveau de la gorge.

Accouchement normal. Les phénomènes dyspnéiques s'amendent, mais l'enrouement persiste.

A l'examen, légère voussure de la partie inférieure de la région sterno-mastoïdienne droite. Dilatation veineuse sous-cutanée dans la région sternale.

Au palper : on sent sous le sterno-cléido-mastoïdien droit une tumeur ovalaire qui s'enfonce derrière l'articulation sterno-claviculaire. Elle est mobile et suit les mouvements de déglutition. Sa consistance est élastique, sans dureté.

A l'auscultation : inspiration rude, soufflante, un peu prolongée, surtout du sommet droit, mais s'étendant sur toute la hauteur du poumon. Le cœur est normal.

Examen radiologique (service du Dr Bourgeois).

Dé face : un foyer d'ombre alleptique de 6 à 8 cm. de long se dessine sur le bord droit de l'ombre médiane, partie sur le pédicule vasculaire du cœur, partie au dessous. La trachée n'est pas déviée. L'œsophage est très fortement refoulé à gauche, sans toutefois que son calibre soit modifié.

En position oblique antérieure droite : l'ombre en question se sépare complètement de celle de la portion ascendante de la crosse aortique, ce qui exclut l'hypothèse d'une lésion de l'aorte.

Au moment de la déglutition, l'ombre anormale subit une ascension de un à deux centimètres, comme s'il s'agissait d'un goitre.

De dos et en position légèrement oblique : le contour de

foyer d'ombre anormale est net en tout point. L'image ressemble à un œuf. Elle est bordée à gauche et en avant par la trachée.

L'hypothèse vient naturellement à l'esprit d'une tumeur thyroïdienne. L'ombre anormale ne remonte pas jusque dans les opacités cervicales.

Opération 8 février 1924 (Pr Lecène).

Incision arciforme sus-sternale. Hémostase veineuse importante.

Section des muscles sous-hyoïdiens à leurs attaches sterno-claviculaires.

Enucléation intracapsulaire du goitre qui a le volume d'une grosse orange et descend le long de la trachée jusqu'à la branche droite. Hémostase facile. Suture de la peau sans drainage.

Examen histologique : Goitre colloïdo-kystique avec plusieurs points nettement ramollis. Le tout d'aspect bénin.

Reste parfaitement guérie (1926). L'enrouement a disparu 3 mois après l'opération.

Obs. IX. — Prof. Lecène (*Inédite*).

B... Saïd, 36 ans. Il y a six mois environ a constaté que son cou augmentait légèrement de volume, surtout du côté gauche. Aucun trouble fonctionnel, pas de modification de la voix. Le malade est simplement gêné en boutonnant sa chemise ou en mettant un faux-col.

Depuis un an, la tumeur a manifestement augmenté de volume, en même temps qu'apparaissent quelques troubles respiratoires (dyspnée intermittente). La voix s'est peu à peu modifiée et a pris le type bitonal. Le malade se plaint de palpitations très pénibles et de douleurs siégeant au sommet du poumon gauche et irradiant vers les premiers espaces intercostaux.

Suspect de tuberculose, il est adressé au Dr Rist qui, après examen, ne constate aucune lésion pulmonaire et l'envoie

dans le service du professeur Lecène avec la note suivante :

« Goitre plongeant qui occupe le médiastin antérieur et dévie la trachée à droite. Ce goitre est en partie basedowfié. Il y a du tremblement, de la tachycardie et un léger signe de Graefe. Le métabolisme basal du malade est de 24 % plus élevé que la normale (49 grandes calories au lieu de 39,5). Douze séances de radiothérapie ont été pratiquées sans résultat à l'hôpital Saint-Antoine. D'autre part, on a jusqu'ici écarté l'intervention chirurgicale sous prétexte d'une tuberculose pulmonaire, dont je ne trouve aucun signe ».

L'examen radioscopique des poumons est normal. Des examens réitérés n'ont jamais fait découvrir de bacilles de Koch dans l'expectoration.

Examen. — A l'inspection, tumeur de la grosseur d'une orange environ située dans la région sous-hyoïdienne, très nettement à gauche de la ligne médiane. Elle est plutôt allongée dans le sens vertical et s'enfonce derrière la clavicule gauche.

Palpation. — Tumeur très rénitente, bien limitée : refoule la trachée vers la droite ; mobile avec les mouvements de déglutition elle semble bien développée aux dépens du lobe gauche du corps thyroïde.

Pas de signes de compression vasculaire,

Opération, 16 novembre 1923 (Prof. Lecène).

Incision arciforme sus-sternale. Section des muscles sous-hyoïdiens. Extériorisation du goitre gauche qui est dur et occupe tout le lobe gauche. Ligature de l'artère thyroïdienne inférieure à distance ; puis hémithyroïdectomie gauche avec conservation de la partie postérieure de la capsule et ligature du pôle supérieur du lobe thyroïdien gauche. Hémostase très bonne. Suture des muscles sous-hyoïdiens, Fermeture de la peau avec petit drain de cellophane.

Examen histologique. — Goitre solide, avec tissu thyroïdien paraissant hyperplasié à la périphérie.

Obs. X. — Prof. Lecène (*Inédite*).

R..., 50 ans, né dans le Duché de Bade. Entre à l'hôpital Saint-Louis le 25 avril 1921.

S'est aperçu, il y a 2 ans qu'il avait le cou gros ; l'augmentation de volume a été rapide dans les trois derniers mois. Pas de douleurs, pas de troubles de la voix, mais respiration courte et dyspnée légère intermittente.

Examen. — Tumeur du volume d'un œuf de poule, située sous le sterno cléido-mastoïdien gauche. Elle est de consistance assez dure, mobile avec les mouvements de déglutition. Son extrémité inférieure s'enfonce derrière la clavicule.

Opération, 29 avril 1921 (Prof. Lecène).

Incision transversale sus-sternale. Section partielle du sterno-cléido-mastoïdien et des muscles sous-hyoldiens.

Tentative d'énucléation n'aboutit qu'à déchirer le tissu thyroïdien. Hémithyroïdectomie après luxation du goitre. Ligature des branches de la thyroïdienne inférieure. On voit et respecte le récurrent. Hémostase. Suture des muscles. Suture de la peau. Mèches de cellophane.

Le goitre a la volume du poing, il est nettement rétro-claviculaire.

— Reste parfaitement guéri (1926).

Obs. XI. — Prof. Lecène (*Inédite*).

Juliette C..., 54 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 16 mars 1920. Elle souffre de névralgies intermittentes, mais très pénibles dans les régions occipitale et fronto-pariétale. Elle éprouve aussi des douleurs à la nuque, et les mouvements du cou sont douloureux.

Depuis l'âge de 16 ans, a une tumeur du corps thyroïde ; mais jusqu'à ces dernières années, celle-ci est restée latente, n'augmentant que de très peu de volume et ne s'accompagnant d'aucun phénomène douloureux.

Il y a deux ans, au moment de la ménopause, la tumeur

augmente de volume, en même temps qu'apparaissent des névralgies très pénibles de la région occipitale qui immobilisent la malade au lit pendant 3 ou 4 jours. Pendant 17 mois, ces crises se répètent jusqu'à 2 fois par semaine. Durant ces accès, il est extrêmement pénible de manger, de parler et même de boire.

Il y a 6 mois, la malade constate l'apparition d'une tumeur dans la région sus-claviculaire gauche : les crises douloureuses sont moins violentes. Il persiste cependant des douleurs diffuses dans les régions occipitale et fronto-pariétale avec leur maximum au sommet du crâne. Elles continuent à être intermittentes.

En même temps, la malade se plaint d'une certaine rigidité du cou qu'elle ne remue que difficilement. Par moments, elle éprouve une sensation de striction douloureuse, qui, partant du creux sus-claviculaire gauche, se propage vers l'occiput.

La tête est penchée en avant. Cherche-t on à la redresser, on provoque immédiatement un réflexe de défense douloureux.

De plus, la malade remarque que sa vue baisse, surtout à gauche.

Elle se plaint de bouffées de chaleur, d'un peu de gêne à la déglutition, d'insomnies.

Il n'existe pas d'éréthisme cardiaque, pas de dyspnée, pas de tremblement. Le pouls bat à 68. Il n'y a aucun signe anormal à l'auscultation du cœur et des poumons.

Elle a eu vraisemblablement, à l'âge de 10 ans, une méningite cérébro-spinale. 5 enfants.

Opération : 29 mars 1920 (Prof. Lecène).

Anesthésie générale (chloroforme).

Incision cervicale basse transversale. Section complète des deux sterno-mastoïdiens et de tous les muscles sous-hyoïdiens.

Luxation du goitre qui s'enfonce derrière le sternum et la

clavicule gauche. Hémostase progressive (veines thyroïdiennes inférieures, artère thyroïdienne inférieure), dissection du récurrent.

Ligature du pédicule supérieur. Section de l'isthme et énucléation d'un lobe goitreux droit.

Suites opératoires : N'avons pas pu avoir des nouvelles de cette malade.

Obs. XII. — Prof. Lecène (*Inédite*).

Thérèse V..., 66 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 17 mai 1920.

Il y a quatre ans, s'est aperçue par hasard de l'existence d'une petite tumeur, du volume d'une noisette, située à la base du cou, à gauche de la ligne médiane. Cette tumeur a augmenté légèrement de volume en même temps qu'apparaissent des troubles fonctionnels divers. D'abord des étourdissements, de la céphalée, puis il y a 15 jours, des troubles de la voix, de la dysphagie. Une fois à la suite d'un étourdissement, la malade a perdu connaissance. Cet accident l'amène à venir consulter.

Examen : Tuméfaction arrondie à gauche de la ligne médiane, à la base du cou. La palpation montre que la tumeur est située sous le sterno-cléido mastoïdien gauche au-dessous de ses insertions claviculaires. Elle est régulièrement arrondie, de consistance ferme, facile à délimiter en dedans et en dehors. Par contre, la limite inférieure ne peut être perçue, car la masse disparaît en arrière de l'articulation sterno-claviculaire.

Elle est mobile avec les mouvements de déglutition. Il existe de la submatité au niveau des deux premières pièces sternales.

L'extension de la tête est limitée : dans cette position, la palpation ne permet pas de déceler la limite inférieure de la tumeur.

La douleur se limite à une sensation pénible au niveau des articulations de la colonne vertébrale dans la rotation de la tête.

La respiration est normale pendant le repos, mais la fatigue, l'effort provoquent un certain degré de dyspnée. La dysphagie est intermittente et ne gêne pas l'alimentation. La malade a coutume d'appuyer sur sa tumeur pour faciliter le passage du bol alimentaire.

La toux et l'expectoration surtout marqués au réveil, n'ont pas de caractères particuliers. La voix est altérée, bitonale, passant du ton grave au ton aigu.

La pupille gauche est un peu plus petite que la droite. D'une façon intermittente la malade se plaint de vertiges, de bourdonnements d'oreilles, de céphalée. Elle a plusieurs fois perdu connaissance.

Opération : 21 mai 1920 (Prof. Lecène).

Enucléation du goitre qui est situé dans le lobe gauche du corps thyroïde. Hémostase. Le nerf récurrent est vu nettement et une petite branche de l'artère thyroïdienne inférieure est liée près de lui. Suture avec un petit drain.

Obs. XIII. — Prof. T. de Verebély, Budapest (*Inédite*).

Femme âgée de 30 ans, entre à la Clinique chirurgicale le 24 septembre 1924.

Depuis 18 ans, le cou est augmenté de volume, palpitations et douleurs précordiales. Dans la dernière année, la tumeur a rapidement augmenté de volume, surtout du côté droit, et, depuis quelques mois sont apparus des troubles respiratoires. Le traitement médical n'a amené aucune amélioration.

Examen : Tumeur bilatérale du cou, à droite, du volume d'une grosse pomme ; à gauche, du volume d'une petite pomme. Suit les mouvements de déglutition.

Signes de Moebius et de Loëwy positifs. Signe de Graefe, signe de Stellwag négatifs.

Diagnostic clinique : Goitre basedowfié.

Opération le 1^{er} octobre 1924 (Prof. de Verebély).

Incision en cravate. La partie inférieure du lobe droit se prolonge vers le côté gauche derrière le sternum ; type rare de goitre décrit par Langhans.

Lobe gauche semble normal.

Ligature des artères thyroïdiennes supérieure et inférieure droite. Excision de la presque totalité du lobe droit. Fermeture de la plaie.

Suites opératoires : Guérison sans complication.

Malade quitte l'hôpital le 9 octobre 1924.

Obs. XIV. — Prof. T. de Verebély, Budapest (*Inédite*).

R. W., employé de chemin de fer, âgé de 38 ans, entre à la clinique le 17 octobre 1924.

Depuis 20 ans, gonflement lent mais continu du cou.

A l'examen : tumeur mobile avec les mouvements de déglutition ayant à droite et à gauche le volume d'un poing d'adulte.

Opération : 20 octobre 1924 (Prof. de Verebély).

Incision en cravate de Kocher. Section des muscles sous-hyoïdiens. Luxation du lobe droit, puis du lobe gauche, non sans difficultés, car les deux pôles supérieurs sont situés très haut et se réunissent, formant anneau derrière la trachée et l'œsophage en avant de la colonne vertébrale.

Le pôle inférieur du lobe gauche a un prolongement profond dans la région rétro-sternale, mais on peut l'énucléer assez facilement. Ligature des deux artères supérieures. Section de l'isthme après écrasement. Résection cunéiforme bilatérale.

Fermeture de la plaie après mise en place d'un petit tube en verre.

Suites opératoires : Guérison sans complication.

Le malade quitte la clinique le 2 novembre 1924.

Obs. XV. — Prof. T. de Verebély, Budapest (*Inédite*).

R. M. : ouvrier âgé de 50 ans. Entre à la clinique le 11 juillet 1924.

Depuis 5 ans, augmentation du volume du cou. Dans les derniers mois, dyspnée surtout marquée pendant la nuit.

Examen : A la partie inférieure du cou, deux tumeurs du volume d'un poing d'adulte, de consistance molle, assez nettement séparées au niveau de la ligne médiane. Dilatation veineuse.

Opération : 15 juillet 1924 (Prof. de Verebély).

Incision en cravate, section des muscles sous-hyoïdiens.

Les deux goîtres sont successivement luxés.

Le lobe gauche a le volume de deux poings, et sa partie inférieure est engagée derrière le sternum, sur une hauteur de trois travers de doigts.

Ligature des deux artères thyroïdiennes supérieures et de l'isthme. Résection cunéiforme bilatérale.

La pièce opératoire du côté gauche a le volume de deux poings, celle du côté droit d'un poing et demi.

Elle est bourrée de nodules colloïdes.

Fermeture de la plaie.

Suites opératoires : Guérison sans incident.

Malade quitte la clinique le 23 juillet 1924.

Obs. XVI. — Prof. T. de Verebély, Budapest (*Inédite*).

Femme âgée de 51 ans, entre à la clinique le 14 novembre 1924. Gonflement du cou ayant débuté il y a 22 ans. Depuis 4 ans, palpitations, nervosité, anorexie.

Examen : A la partie antérieure du cou, tumeur du volume d'un poing d'adulte, de consistance molle, mobile avec les mouvements de déglutition. Exophtalmie très prononcée, tremblement des doigts. Pouls : 104. Diagnostic clinique : Maladie de Basedow.

Opération le 15 novembre 1924 (Prof. de Verebély).

Incision en cravate. Le goitre, dont la surface est nodu-

laire, adhère aux muscles sous-hyoïdiens. Libération du goitre. Le lobe droit est rétro-sternal sur une hauteur d'un doigt et demi, le lobe gauche sur une hauteur de trois doigts.

Il existe un kyste dans l'isthme. Résection du lobe gauche, énucléation du kyste isthmique et du lobe droit.

Suture de la peau, petit drain en verre.

Suites opératoires : Guérison sans incident.

Quitte la clinique le 25 novembre 1924.

Obs. XVII. — (Prof. T. de Verebély, Budapest (*Inédite*).

Femme âgée de 29 ans, entre à la clinique le 18 février 1924.

Il y a trois ans, après son troisième accouchement, débute un goitre qui est opéré l'année suivante. Quelques mois après, réapparition de troubles fonctionnels de plus en plus accentués, dyspnée, douleurs précordiales, céphalée.

Examen : De chaque côté du cou, tumeur du volume d'un poing d'adulte de consistance dure, à surface nodulaire. La respiration est sifflante, la voix est enrouée.

Diagnostic clinique : Goitre récidivé, sous-sternal.

Opération : 28 février 1924 (Prof. de Verebély).

Incision de Kocher au niveau de l'ancienne cicatrice. Il est difficile de décoller la peau des muscles qui, en quelques points, adhère au goitre.

On trouve deux masses chacune du volume d'un œuf d'oie. L'une plonge derrière le sternum sur une hauteur de 4 travers de doigt. L'autre se glisse derrière la trachée et l'œsophage en situation rétro-viscérale. Leur consistance est d'une dureté cartilagineuse.

Luxation et énucléation sous-capsulaire des deux masses goitreuses. Le lobe droit bourré de petits nodules est réséqué, de même le lobe gauche qui présente d'ailleurs des lésions moins accentuées. La trachée est d'une mollesse extrême, l'aspect de ses parois très modifié. Par prudence on fixe les deux moignons du goitre aux muscles sterno-cléido-mastoïdiens. Suture de la peau en laissant en place un tube en verre.

Suites opératoires : Le drain est enlevé le lendemain. Au 9^e jour un petit abcès s'ouvre par deux fistules. Quelques catguts sont éliminés. La malade quitte la clinique au 28^e jour, la plaie complètement cicatrisée.

Obs. XVIII. — (Pr T. de Verebely, Budapest) (*Inédite*).

P. B..., âgé de 31 ans, cultivateur, entre à la Clinique le 13 octobre 1924.

Est atteint de goitre cervical depuis plusieurs années. Depuis 2 mois et demi, le cou a augmenté de volume. Dyspnée surtout marquée à la montée des escaliers, palpitations, parfois crises d'étouffement.

Examen : De chaque côté de la partie antérieure du cou, tumeur du volume du poing, de consistance très ferme. Les deux masses sont réunies par une masse de consistance cartilagineuse qui efface le creux sous-sternal et paraît s'enfoncer derrière le manubrium.

Opération : (Pr de Verebely),

Incision de Kocher, section des muscles sous-hyoïdiens.

Après ligature de l'artère thyroïdienne supérieure, on peut luxer le lobe gauche. Le lobe droit descend dans le médiastin. Son adhérence aux gros troncs veineux ne rend pas possible son ablation. On se contente de sectionner son pédicule et de réséquer sa partie supérieure. Résection du lobe gauche. A cause de l'hémorragie, tamponnement. Suture de la plaie.

Suites opératoires : Le tamponnement est retiré le 5^e jour ; le 9^e jour, le malade guéri, quitte la Clinique.

Obs. XIX. — (Pr T. de Verebely, Budapest) (*Inédite*).

Femme âgée de 32 ans, entre à la Clinique le 18 juin 1924. Opérée 15 ans auparavant d'un goitre qui a récidivé.

Examen : Au niveau d'une cicatrice oblique, sur le côté droit du cou, tumeur du volume d'un petit poing, mobile avec les mouvements de déglutition.

Opération : 20 juin 1924 (Pr de Verebely).

Incision de Kocher. Section des muscles sous-hyoïdiens. On constate que le lobe droit a été extirpé, mais l'isthme et le lobe gauche sont augmentés de volume et ont subi la dégénérescence goitreuse. Le pôle inférieur du lobe gauche descend en arrière du manubrium.

Luxation du lobe gauche. Le lobe médian est décollé de la trachée et extirpé. Résection cunéiforme du lobe gauche, bourré de petit nodules.

Suites opératoires : Guérison sans incident.

Malade quitte la Clinique le 8^e jour.

Obs. XX. — (Pr T. de Verebely, Budapest) (*Inédite*).

Femme âgée de 17 ans, entre à la Clinique le 3 septembre 1924.

Le cou a commencé d'augmenter de volume il y a trois ans. Depuis un mois, troubles respiratoires et palpitations.

Examen : De chaque côté du cou, tumeur du volume d'un petit poing. Celle du côté gauche est rétro-sternale.

Opération : 5 septembre 1924 (Pr de Verebely).

Incision de Kocher. Goitre diffus bilatéral. Le pôle inférieur du lobe gauche descend en arrière du sternum.

Ligature des deux artères thyroïdiennes supérieures et de l'artère thyroïdienne inférieure gauche. Section de l'isthme. Les deux lobes sont séparés de la trachée, qui est ramollie. Résection cunéiforme bilatérale.

Pendant la suture des muscles sous-hyoïdiens, la malade présente des symptômes d'asphyxie, qui disparaissent rapidement. Drainage par tube de verre.

Suites opératoires : On évacue un petit hématome au 5^e jour, la malade sort guérie au 10^e jour.

Obs. XXI. — (Pr T. de Verebely, Budapest) (*Inédite*).

J. M., cultivateur, âgé de 19 ans ; entre à la Clinique le 17 janvier 1924.

Gonflement du cou depuis trois ans. Depuis quelques mois, la voix est enrouée. Dyspnée très marquée pendant l'effort.

Examen : Lobe droit a le volume du poing ; lobe gauche est un peu plus petit ; consistance assez molle.

Opération : 23 janvier 1924 (Pr de Verebely).

Incision de Kocher. Libération du goitre assez difficile, car du côté gauche, il existe une portion sous-sternale et, un peu plus haut un prolongement qui s'insinue derrière la trachée. Ligature des deux artères thyroïdiennes supérieures et de l'artère thyroïdienne inférieure droite. Résection cunéiforme bilatérale. Petit tube en verre.

Suites opératoires : Guérison sans incident.

La malade quitte la Clinique le 7^e jour.

Obs. XXII. — (Pr T. de Verebely, Budapest) (*Inédite*).

F. V., menuisier, âgé de 20 ans, entre à la Clinique le 25 février 1924.

Le cou augmente de volume depuis quatre ans. Depuis quelques mois troubles de la respiration.

Examen : Les lobes latéraux du corps thyroïde ont le volume d'un petit poing ; de consistance molle.

Opération : 29 février 1924 (Pr de Verebely).

Incision de Kocher. Ligature des deux artères thyroïdiennes du côté droit : le lobe droit a une portion sous-sternale du volume d'une noix. Section de l'isthme. Résection cunéiforme des deux lobes latéraux. Suture des muscles.

Fermeture de la peau et drain en verre.

Suites opératoires : Guérison sans incident.

Le malade quitte la Clinique le 9^e jour.

Obs. XXIII. — (Pr T. de Verebely, Budapest) (*Inédite*).

Etienne M., âgé de 21 ans, entre à la Clinique le 4 mai 1924.

L'augmentation du volume du cou a débuté il y a

trois ans. Depuis quelques mois, dyspnée d'effort ; voix enrrouée.

Examen : Tumeur cervicale du volume des deux poings, mobile avec les mouvements de déglutition.

Opération : 8 mai 1924 (Pr de Verebely).

Incision en cravate de Kocher. Goitre diffus.

Ligature des quatre pédicules artériels. A droite, en libérant le pôle inférieur, une pince de Kocher mord sur le récurrent ; la modification de la voix en avertit aussitôt ; la pince est levée immédiatement. Simple contusion du nerf. La voix reste enrrouée.

Des deux côtés, les pôles inférieurs du goitre sont sous-sternaux. Du côté gauche, la portion sous-sternale a le volume d'une pomme.

Résection cunéiforme des deux lobes. Suture des muscles et de la peau.

Suites opératoires : Au 6^e jour, crise de tétanie (main droite). Le surlendemain, nouvelle crise tétanique moins forte. Traitement opothérapique. La malade quitte la Clinique le 11^e jour.

Nous n'avons pas de renseignements sur l'état ultérieur de ce malade.

CONCLUSIONS

1° Le goître intra-thoracique n'est pas très rare. Sa présence n'est le plus souvent marquée que par des symptômes d'apparence assez banale : œdème cervical, circulation veineuse collatérale, dyspnée d'effort et compression récurrentielle incomplète.

2° L'exploration radiologique du thorax donne seule un caractère de certitude au diagnostic.

3° L'intervention chirurgicale, toujours indiquée, est une opération relativement bénigne dont les succès publiés sont aujourd'hui nombreux.

4° La voie cervicale basse, sans sacrifice osseux, doit être en général utilisée : la tumeur est en effet parfaitement clivable dans la très grande majorité des cas, une fois que les muscles sous-hyoïdiens ont été désinsérés. Très exceptionnellement, il pourra être indiqué de recourir à une résection sternale.

Vu, le Doyen,

H. ROGER.

Vu le Président,

LECÈNE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

ASSMANN. — Roentgendiagnose der inneren Krankheiten.

AUROUSSEAU. — Des kystes dermoïdes du médiastin antérieur (*Revue de Chirurgie*, 1924, n^{os} 8 et 9).

BARRÉ et CRUSEN. — Syndrome de Claude Bernard-Horner et œdème d'un membre supérieur par goitre rétro-sternal (*Société d'oto-neuro oculistique de Strasbourg*, 8 déc. 1923).

G. E. BEILBY. — Résultats de 309 opérations pour goitre (*New-York State Journal of Medicine*, 1923, n^o 11).

BÉRARD et DUNET. — *Le cancer thyroïdien*, Paris, Doin, éditeur.

BÉRARD. — In Le Dentu et Delbet. *Nouveau traité de Chirurgie*.

BÉRARD. — *Lyon-Chirurgical*, 1924, t. XXI, n^o 2.

J. BERRY. — Sur une nouvelle série de 500 opérations pour goitre (*British Journal of Surgery*, 1921, n^o 32).

BRAINE. — Le médiastin (*Th. Paris*, 1922, Arnette, éditeur).

BRAUN. — Goitre endothoracique (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1909, n^o 24).

BROCKAERT. — A propos d'un cas de goitre suffocant (*Annales de la Société belge de chirurgie*, 1914, t. XXII, n^{os} 1-2).

BRUNNER. — Goitre kystique intra-thoracique (*Brun's Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CXXII, fasc. I).

CADET. — Contribution à l'étude des goitres intrathoraciques (*Th. Lyon*, 1905) (SS).

CLAESSEN. — Erleichterung schwieriger Strumektomien durch Anwendung grosser Umstechungen und Zügel (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1920).

CZERMAK. — Zur Klinik des Kropfes (*Archiv für klinische Chirurgie*, 1923, t. CXXII).

DARTIGUES. — Goitre kystique plongeant (*Société des Chirurgiens de Paris*, 15 nov. 1912).

DELORE et GUILLEMINET. — Goitre plongeant enlevé par simple incision cervicale (*Lyon-Chirurgical*, 1920).

DEMMER. — Etude clinique sur le traitement du goitre d'après 600 cas (*Medizinische Klinik*, t. VIII, n^{os} 48-49-50-51).

EIKEN. — Strumaoperationen bei eingeführtem Tracheoskopie (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1919).

ENDERLEN. — Über den Kropf (*Klinische Wochenschrift*, 1922, t. I.).

FERRY. — Goitre rétro-sternal (*Gazette médicale et revue d'hygiène sociale de Strasbourg*, 1922, n^o 4).

FOWLER. — Relations de cas cliniques de goitre rétro-sternal (*American Journal of Surgery*, 1912, n^o 12).

GEIGER. — Die Leistungsanesthésie bei der Strumektomie (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 1918).

GRÉGOIRE. — Accès dans le médiastin antérieur par la voie extra séreuse (*Bull. et Mém. de la Société Nat. de Chirurgie*, 1923, p. 666).

HARTERT. — Zur Operation der intrathorakalen Struma (*Zentralblatt für chirurgie*, 1919).

HARTUNG. — Beitrag zur Chirurgie des Brustbeins (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1924, t. CXXIII).

HÜNERMANN. — Au sujet du goitre endothoracique (*Archiv für klinische Chirurgie*, 1913, t. CXXVIII, fasc. 1 et 2).

ISELIN. — Goitre plongeant rétro-claviculaire (*Société des Chirurgiens de Paris*, 21 février 1913).

JEHN. — Die operative Entfernung grosser intrathorakaler Strumen (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. CXXXIII).

KIENBOCK. — Des goitres intra-thoraciques (*Medizinische Klinik*, 1908, n^o 14).

KRECKE. — Un cas remarquable de goitre plongeant (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1920, n^o 13).

KREUZFUCHS. — Symptomatologie und Häufigkeit der intrathorakalen Struma (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 1911).

LAMSON. — Deux cas de goitre intrathoracique (*Annals of Surgery*, 1914, t. LIX, n° 2).

LECÈNE. — Remarques sur l'extirpation des tumeurs siégeant au niveau de la partie supérieure du médiastin antérieur (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie*, 1925, p. 686).

LOCKWOOD et HARNER. — Removal of an intrathoracic tumor (*The Lancet*, 1912, t. VII).

W. MARTIN. — Volumineux kyste intrathoracique du corps thyroïde (*St-Luke's Hospital Medical and surgical reports*, 1910, t. II).

MAYO. — Intrathoracic goiter with reports of cases (*Surgery, gynecology and obstetrics*, 1910, t. X).

MOLNÁR. — Ein Fall von retrosternalen Kropf (*Klinische Wochenschrift*, 1922, t. I).

MAYER. — Zur Lehre der Struma intrathoracica (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1919, n° 46).

NOENHREN. — Le goitre intrathoracique (*American Journal of Surgery*, 1925, n° 8).

PALLASSE. — Forme médicale du goitre intrathoracique (*Province Médicale*, 1906).

PATOUREAU. — Contribution à l'étude des goitres aberrants (*Th. Paris*, 1912).

PALUGUAY. — Kasuistischer Beitrag zur Röntgendiagnose der Struma intrathoracica (*Wiener medizinische Wochenschrift*, 1920).

PAUCHET. — Traitement chirurgical du goitre intrathoracique (*Paris-Chirurgical*, 1921, n° 3).

PEMBERTON. — Chirurgie des goitres rétrosternaux et intrathoraciques (*Archives of Surgery*, 1921, t. II).

PERRIN et MALLET-GUY. — Un cas de goitre plongeant (*Lyon-Chirurgical*, 1924, t. XXI, n° 2).

PLENK. — Zur Sternumspaltung bei substernaler Struma (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1920, t. CLVI).

DE QUERVAIN. — Le goitre. (Paris, Maloine, éditeur).

RIEDEL. — Die Operation der intrathorakalen Struma (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1915, t. CXXXIV).

SAAR. — Dringliche Strumektomie (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 1913).

SAMAJA. — Circulation thoracique collatérale et goitre rétrosternal (*Bolletino della Scienza Medica*, an XCH, t. XI).

SAUERBRUCH. — Die Eröffnung des vorderen Mittelfellraums (*Brun's Beiträge zur klinischen Chirurgie*, 1912, t. LXXVII).

SCHLOFFER. — Zur Technik der Kropfoperation. Die operation im Erstickungsanfälle (*Brün's Beiträge zur klinischen Chirurgie*, 1922, t. CXXV).

SCHWYSER. — Diagnostic et traitement chirurgical des goîtres intrathoraciques (*The Journal of the American medical association*, 1920, t. LXXIV, n° 9).

SEBILEAU. — L'extirpation des goîtres (*Paris-Médical*, 1921, nos 2-3).

THÉVENARD. — Chirurgie du goitre (*Paris-Chirurgical*, 1921, n° 3).

T. DE VEREBÉLY. — Ueber Morphologie der intrathorakalen Kröpfe (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1907, t. LXXXIX).

WILMS. — Zur Technik der Kropfoperation an Hand von 2.100 Operationen (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 1918).

WITTIG. — Diagnostik der mediastinal Tumoren (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1909, n° 26).

